Klinische Beobachtungen an 56 Fällen von Sepsis.

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Fakultät

der

Kaiser Wilhelms-Universität Strassburg

zur

Erlangung der Doktorwürde

ACAD. MED. BAT. BIBL.

vorgelegt von

Josef Lessochin

aus

NEVEL (Russland).

STRASSBURG i. E.
Elsass-Lothr. Druckerei, Abtlg. Müh & Cie., Kinderspielgasse 20.
1913.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Straßburg.

Ref.: Prof. Dr. v. Tabora. Corref.: Prof. Dr. Salge.

Aufgabe der vorliegenden Arbeit ist ein allgemeiner Überblick über die Fälle von Sepsis, die in den Jahren 1892—1912 in der Straßburger medizinischen Universitätsklinik Aufnahme gefunden haben.

Insgesamt sind 67 Fälle beobachtet worden. Davon ist die Diagnose «Sepsis» in 11 Fällen mit Fragezeichen versehen. Wenn wir diese ausschließen, bleiben 56 sichere, meistens durch die Sektion und bakteriologischen Blutbefund festgestellte Fälle von Sepsis. Darunter sind 32 Fälle weiblichen Geschlechtes und 24 männlichen.

Das Überwiegen der weiblichen Patienten in unserer Klinik stimmt im allgemeinen mit den Angaben aus anderen Kliniken überein und ist darauf zurückzuführen, daß der Genitalweg bei Frauen im Puerperium und post Abortum eine sehr geeignete Pforte für die Invasion verschiedener Bakterien darstellt.

Die Feststellung der Eintrittspforte der Erreger ist uns nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit in 27 Fällen gelungen, das macht 50 % aller Fälle. Dieser Befund stimmt nicht ganz mit der Annahme von Lenhartz, daß die Eintrittspforte bei den septischen Erkrankungen bis auf verschwindende Ausnahmen, und häufiger als bei Erysipelas zu erkennen sei. Die eingehende Prüfung der vorliegenden Krankengeschichten ergab, daß als Eintrittspforten für die Infektionserreger in unseren Fällen der weibliche Genitaltraktus 15 mal (von Fall 1 bis zu Fall 15),

äußere Haut (von Fall 16 bis zu Fall 25) 10 mal, von den Gallenwegen 1 mal (Fall 45) und von den Rachenorganen 1 mal (Fall 46).

Von den ersten 15 Fällen, wo die Sepsis von dem Genitalkanal ihren Ausgang genommen hat, sind 4 post Abortum, 11 im Puerperium entstanden.

Zu den Fällen, die von der äußeren Haut ihren Ausgang nahmen, rechne ich einen Fall von Erysipelas zu (Fall 23), 2 Fälle (21 und 25) von Verwundungen nach einem Unfall und 7 von Furunkeln, Hautpusteln ausgehend.

Dabei haben wir im Falle 23 (Erysipel) Streptococcen als Erreger, in den Fällen 16 und 25 Staphylococcen, im Falle 21 Streptococcen und Diplococcen, im Falle 22 Staphylococcen und Pneumococcen.

Die Fälle 21 und 25 stehen scheinbar im Zusammenhang mit Unfällen. Dabei ist im Falle 21 eine Hautverletzung vorausgegangen, und man kann hier eine unmittelbare Bakterieninvasion in die von der Verwundung betroffene Stelle annehmen. Im Falle 25, Unfall nach Aufheben eines schweren Koffers, wo keine äußere Wunde vorhanden war, könnte vielleicht eine Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit des Organismus stattgefunden haben, und auf solche Weise eine Art von Locus minoris resistentiae bilden.

Was die Erreger der Sepsis in unseren Fällen angeht, so fanden sich im Sputum, entleerten Punktaten, im Eiter aus Pusteln.

Streptococcen 12 mal, Staphylococcen 10 mal, Pneumococcen und Streptococcen 2 mal, Pneumococcen und Staphylococcen 2 mal, Pneumococcen allein 1 mal und Tetragenus 1 mal.

Die Staphylococcen sind am meisten in denjenigen Fällen, die von der Haut ihren Ausgang genommen haben, die Streptococcen in denjenigen, die von dem Genitaltraktus stammen. So haben wir in unseren 10 Hautfällen

(16 bis 25) 3 mal Staphylococcen und 1 mal nur Streptococcen (23 Erysipelas) konstatieren können, während in den Fällen von 1 bis 15 aus den Genitalorganen 4 mal Streptococcen und 1 mal Staphylococcen festgestellt war.

Die bakteriologische Blutuntersuchung ist in 30 Fällen ausgeführt worden. Die Resultate sind folgende:

11 steril	38,5 %
8 Streptococcen	27 %
10 Staphylococcen	33 %
1 Tetragenus	1,5 %.

Dabei ist überall die Methode der Venenpunktion nach Sittmann angewandt, die darin besteht, daß man nach der Desinfektion der Haut in der Ellenbogenbeuge durch Einstich in die vena mediana eine beliebige (10 bis 20 ccm) Blutmenge in eine sterile Spritze einsaugt und das in 3 Röhrchen mit verflüssigter Gelatine oder Agar und 2 Bouillonröhrchen verteilt. Mit dieser Methode hat Sittmann in 53 Fällen von Sepsis 23 mal (43,5 %) in lebendem Blute Bakterien nachgewiesen. Dabei 11 mal Staphylococcen, 4 mal Streptococcen, 6 mal Pneumococcen.

Marmoreck hält ausschließlich die Streptococcen und Staphylococcen für die «septischen» Bakterien. Lenhartz sagt, daß außer diesen Bakterien, die selbstverständlich die Hauptgruppe bilden, noch der Pneumococcus lanceolatus (Fraenkel), der Pneumococcus (Friedländer), ausnahmsweise der Diplococcus (Weichselbaum), das Bacterium colli commune, der Gonococcus, die Typhus- und Milzbrandbazillen-Erreger der Sepsis sein können.

Weiter hält Lenhartz auch den Tetragenus für einen Erreger der Sepsis, aber ausschließlich bei Mischinfektion mit anderen Bakterienarten. Wir haben im

Fall 28 alle Erscheinungen einer chronischen Sepsis, dabei sind im Blute keine anderen Bakterien gefunden worden außer Tetragenus.

Das prozentuale Verhältnis der Fälle mit positivem Blutbefund zu den Fällen mit negativen ist noch größer, als bei den vorher erwähnten Untersuchungen von Sittmann. Die Blutuntersuchung hat in 30 Fällen stattgefunden, dabei wie schon angegeben, 19 mit positivem Ausfall — 62,5% und 11 mit negativem — 37,5 %.

Die Tatsache, daß zur Beseitigung von Geschwülsten künstliche Infektionen manchmal von Nutzen sind gab die Möglichkeit, die Inkubationszeit bei solchen Infektionen festzustellen. So hat Fehleisen bei 5 Fällen von Streptococcenimpfung die Inkubationszeit zwischen 15 bis 61 Stunden festgestellt.

Sehr oft beginnt die Krankheit wie andere akute Infektionskrankheiten. So sehen wir in vielen unseren Fällen, daß 3, 4 bis 5 Tage mit solchen Erscheinungen vorübergehen, die auch für andere akute Infektionskrankheiten charakteristisch sind und erst später stellten sich die eigentlichen Symptome der Sepsis ein. In einer großen Zahl der Fälle setzt jedoch die Krankheit von Anfang an sehr stürmisch ein und schon nach einigen Stunden kann man sagen, daß wir es mit einer Sepsis zu tun haben. In der Klinik, wie es aus unseren Fällen hervorgeht, hat man nicht oft die Möglichkeit einen solchen Anfang zu sehen, da die Patienten erst nach einigen Tagen die Klinik aufsuchen, und erst aus der Krankengeschichte muß man schließen, daß es sich um ein solches akutes Einsetzen handelte. Wir haben sehr selten einen solchen Fall zu beobachten, wo der Patient am Tage des Einsetzens der Krankheit die Klinik aufgesucht hatte. Einen solchen Fall stellt 1 dar. Patientin bekam plötzlich am dritten Tage post partum Kopfschmerzen, Fieber, Stechen in der Seite. In der Klinik wurde konstatiert: Temperatur 40,3°, Puls 150, übel-

riechende Blutungen aus der Vagina, kurz, ein vollständig ausgesprochenes Bild der Sepsis. Aus den Krankengeschichten konnte ich ersehen, daß in 12 bis 15 Fälle die Erkrankung so plötzlich sich durch das stürmische Einsetzen äußerte, in den anderen Fällen dauerte das Prodromalstadium und Inkubationszeit Tage, Wochen, sogar Monate lang, wie wir es in den Fällen 18, 28, 34 und anderen sehen. Wenn wir diesen stürmischen Anfang mit den Erregern in Zusammenhang bringen werden, so sehen wir, daß Streptococcen, ebenso wie Staphylococcen solche Erscheinungen hervorzurufen imstande sind; wahrscheinlich hängt es nicht von der Art des Erregers ab, sondern von seiner Virulenz und der Widerstandsfähigkeit des Organismus. Temperatur erreicht bis zu 41°, Puls kaum fühlbar, Atemfrequenz bis zu 40 bis 50 pro Minute. Die Nahrungszufuhr, wie wir es in den Fällen 29, 22 sehen, ist unmöglich, weil die Patienten alles aufgenommene erbrechen; dazu gesellen sich andere Vergiftungserscheinungen. So sehen wir oft Leibschmerzen, Sensoriumstrübungen (Fälle 5, 15, 16, 48 55 und andere).

Zu den Initiatsymptomen der Sepsis gehören: Fieber, Schüttelfrost, Erbrechen, Kopfschmerzen, Hautpusteln, Haemorrhagien, Erytheme, Schmerzen in den Gelenken, Netzhautblutungen, Leibschmerzen etc.

Wir wollen die Häufigkeit verschiedener Symptome in unseren Fällen anführen.

Fieber in allen Fällen, also 56 mal .	100 %
Kopfschmerzen 25 mal	45 %
Schüttelfröste 22 mal	35 %
Erbrechen 14 mal	20 %
Gelenkschmerzen 8 mal	12,5 %
Hauterscheinungen 16 mal	25 %
Seitenstiche 16 mal	25 %
Paresen der Extremitäten 3 mal .	5 1/3 %

Schmerzen im Ohre, plötzliche Schwerhörigkeit, Ausfluß 3 mal	5 1/3 %
Augenerscheinungen 6 mal	10,1 %
Vaginalblutungen 4 mal	7 %
Durchfälle 7 mal	12,5 %
Verstopfung 2 mal	4 %.

Ehe wir Diagnose und Beschreibung des Krankheitsverlaufs bei verschiedenen Formen der Sepsis besprechen, will ich etwas genauer auf einige Symptome eingehen. Wie wir gesehen haben, gibt es in unseren Fällen keinen einzigen, der ohne Fieber anfinge und verliefe. Aber der Verlauf des Fiebers ist in verschiedenen Fällen sehr verschieden und stellt alle Formen des intermittierenden, kontinuierlichen und remittierenden Typus dar, obwohl wir oft in einem und demselben Falle alle Formen vor uns vereint haben können. Am häufigsten ist ganz sicher der intermittierende Typus. So haben wir z. B. in Fall 2 sehr steile Schwankungen der Temperatur, zwischen 37° und 41°, und dieser Fiebertypus, wie aus den beigelegten Krankengeschichten hervorgeht, ist der viel häufigere bei der Sepsis.

Als Beispiel eines kontinuierlichen Fiebertypus dient Fall 16, wo Patient mit einer Temperatur von 39° in die Klinik eingebracht war und für die ganze Zeit blieb dieselbe so hoch, ja stieg sogar höher. Das ist sicher die Minderzahl der Fälle. Einen Zusammenhang zwischen den Erregern und dem Verlaufe der Temperatur ist mir nicht gelungen festzustellen. So haben wir bei Streptococcensepsis im Falle 9 ein ausgesprochenes intermittierendes Fieber, zwischen 36° bis 40°, und im Fall 23 einen kontinuierlichen Typus, wo die Temperatur konstant hoch blieb. Dasselbe sehen wir bei der Staphylococcensepsis, cf. Fall 10 (intermittierendes Fieber), und Fall 16 (kontinuierliches Fieber, sogar bei Mischinfektion von Diplococcen

und Pneumococcen haben wir verschiedenen Fieberverlauf, wie es die Fälle 13 und 22 beweisen.

Die Schüttelfröste, wie wir gesehen haben, begleiten sehr oft — in 35 % aller unserer Fälle — den Beginn der septischen Infektion, aber die Häufigkeit der Schüttelfröste, während des Verlaufs der Krankheit ist sehr verschieden. So haben wir in einigen Fällen tägliche Schüttelfröste, regelmäßige Remissionen, in wieder anderen gelegentliche Schüttelfröste.

Es ist von Interesse auf Grund unserer Krankengeschichten den Schluß zu ziehen, mit welchen Krankheiten die Sepsis verwechselt werden kann.

In 12,5 % unserer Fälle hatten wir von Anfang an mit sehr heftigen Gelenkschmerzen, die manchmal sich über alle Gelenke des ganzen Körpers ausdehnten, manchmal mit umfangreichen Gelenkeiterungen zu tun, was sehr leicht zur Verwechslung mit dem Gelenkrheumatismus führen kann. Doch ist die Feststellung der Erkrankung gelungen durch Befunde, die nur für die Sepsis charakteristisch sind. So hat in den Fällen 31, 32 und 35 der positive bakteriologische Befund, in Fall 34 der ophtalmoskopische Befund, in den anderen Fällen die Kompliziertheit des Krankheitsbildes, Metastasen, septische Milz den Ausschlag gegeben. Interessant sind die Fälle 32 und 33 in dieser Hinsicht, daß klinisch Gelenkeiterungen festgestellt waren, die die Sektion doch nicht bestätigt hatte; das ist wahrscheinlich auf die rasche und vollständige Resorption zurückzuführen.

Sehr oft können wir aus den Krankengeschichten den Verdacht auf Typhus abdominalis schöpfen, so ist in einem großen Prozentsatz der Fälle die Vidalsche Reaktion gemacht worden. Und in Wirklichkeit hat auch oft die Sepsis große Ähnlichkeit mit dem Typhus. Durchfälle, Milztumor, Roseola, sehr oft eine ähnliche Temperaturkurve, geben genug Gelegenheit zur Verwechslung dieser

Krankheiten. Aber der verschiedene bakteriologische Blutbefund, der in doppelter Weise die Diagnose sichern kann, der Nachweis von Metastasen und Netzhautblutungen können Aufschluß geben.

Diagnostische Schwierigkeiten in bezug auf Verwechslung mit Meningitis, könnten die Fälle 48 und 51 machen, wenn nicht die bakteriologische Blutuntersuchung in beiden Fällen Staphylococcen ergeben hätte. In Fall 48 sicherte außerdem gewissermaßen die Diagnose der ophtalmoskopische Augenbefund, obwohl Netzhautblutungen auch bei der Meningitis bekannt sind. Aus den Fällen 48 und 49 können wir den Schluß ziehen, daß die klinischen Symptome der Meningitis bei septischen Erkrankungen nicht immer dem anatomischen Befunde entsprechen. In Fall 48, bei Vorhandensein von Nackensteifigkeit und des Kernigschen Symptoms, hat sich keine Meningitis erwiesen, umgekehrt hat die Sektion Meningitis im Falle 49 gezeigt, wo keine klinischen Erscheinungen desselben vorhanden waren.

«Kaum ein Organ ist bei den septischen Prozessen schon klinisch gleichhäufig in Mitleidenschaft gezogen, wie das Auge. Schwerste, mit völliger Vernichtung des Augapfels einhergehende Entzündungen, embolisch herbeigeführte Blindheit in der Netzhaut kommen vor. Letztere werden mindestens in einem Drittel aller Fälle, vielleicht noch etwas häufiger, erstere selten beobachtet (Lenhartz), Litten fand sogar Netzhautblutungen in 28 von 35 Fällen, also in 80 %. Wir sahen solche Blutungen nur in den Fällen 6, 8, 22 und 48. In den Fällen 51, 35 und 34 sehen wir das Auftreten von plötzlicher Amaurose, ohne daß der Augenbefund positiv ausfiel. Wie die Sektion zeigte, lag die Ursache im Vorhandensein von Herden im Gehirn.

Die Untersuchungen von Hasler, Körner und Schwartze ergeben, daß unter allen an einem Ohr-

leiden verstorbenen mehr als ein Drittel an septischer Phlebitis zugrunde gegangen sind. Wir haben nur im Falle 39 einen solchen Fall, wo die Erkrankung vom Ohre ausgegangen ist.

Die Erkrankung begann plötzlich mit Schüttelfrost, heftigen Schmerzen in der Stirngegend und Fieber. Sie verlief unter intermittierendem Fieber, mit krankhaften Erscheinungen am Herzen, Nieren und Gelenken; anatomisch wurde festgestellt Otitis media, Pericarditis und Nephritis.

Die Fälle 45 und 46 stellen septische Erkrankungen dar, die ihre Hauptlokalisation in den Gallenwegen hatte. Das klinische Bild verlief unter heftigem Fieber, Schüttelfrösten, Schmerzen in der Gegend der Gallenblase und Ikterus. Die Erscheinungen im Fall 45, der scheinbar seinen Ausgang von den Rachenorganen genommen hatte, waren von akuterer Art als beim Fall 46, wo sie mehr einen chronischen Verlauf hatten. Dabei sind anatomisch im ersten Falle Cholangitis, Pneumonie, Pleuritis, Schwellung der Rachentonsillen und Nephritis festgestellt. Beim zweiten Fall (45), der in Genesung überging, ist nur außer Cholangitis eine alte Hilustuberkulose festgestellt; doch dauerte auch in diesem Falle die Krankheit, die unter wiederholten Schüttelfrösten verlief, 2 Monate lang an. Die Krankheitserreger sind in beiden Fällen nicht gefunden worden, wie es fast immer der Fall bei der septischen Cholangitis ist. Das hängt, wie es Lenhartz angibt, damit zusammen, daß in der Regel der Erreger der septischen Cholangitis das Bakterium colli ist, welcher rasch im Blut zerstört wird. Bei der septischen Cholangitis, die durch den Pneumococcus hervorgerufen wird, bei der fast immer auch das Herz in Mitleidenschaft gezogen wird, sind dagegen sehr oft im Blute Pneumococcen nachweisbar.

Die Fälle 40, 41, 42, 43 und 44 stellen Beispiele der septischen Osteomyelitis dar. Dabei sind in den Fällen 41, 43 und 44 Staphylococcen im Blute nachgewiesen worden. In den anderen 2 Fällen ist die Blutuntersuchung nicht vorgenommen worden. Dieser Befund stimmt vollständig mit der Feststellung überein, daß der Staphylococcus der hauptsächliche Erreger der Osteomyelitis ist. Kroske hat als erster die Vermutung ausgesprochen, daß jeder patogene Mikroorganismus, aus eigener Kraft die Osteomyelitis erregen könne; jetzt sind einzelne Fälle von Streptococcenosteomyelitis beschrieben (Kocher) und Pneumococcenosteomyelitis (Lexer). In den Fällen 40 und 44 sehen wir die Osteomyelitis, enstanden auf einer verheilten Stelle des Knochens. So haben wir im Falle 44 ein Entstehen der septischen Osteomyelitis an derselben Stelle, wo 2 Jahre vorher eine Osteomyelitis vorhanden war und scheinbar ausheilte, im Falle 40 eine im Kindesalter überstandene Osteomyelitis, die nach vielen Jahren im Anschluß an ein Panaritium wieder an derselben Stelle aufflackerte. Im Falle 41 ist die septische Osteomyelitis von einem periostalen Abszeß an der linken Beckenschaufel, der nach einer Verletzung entstand, ausgegangen.

In allen Fällen stellt die Krankheit ein sehr akutes Bild dar, mit hohen Temperaturen, Hauthaemorrhagien und -Pusteln und Schmerzen am ganzen Körper.

Jetzt wollen wir zu den häufigsten Haut- oder Begleiterscheinungen der Sepsis übergehen — zu den Veränderungen an den Kreislauf- und Atmungsorganen. Wenn wir Beachtung in unseren Fällen dem Pulse schenken, so sehen wir, daß er in den meisten Fällen parallel dem Temperaturanstieg sich verhält. Doch gibt es auch Krankengeschichten, wo das nicht der Fall ist. Am ausgesprochensten sehen wir es in den Fällen 34, wo Temperatur 37°, Puls 115 ist. 49, Temperatur 40°, Puls 60 u. a.

Was die Erscheinungen am Herzen betrifft, so fand Litten die Endocarditis bei 63 % aller septischen Fälle; Lenhartz konnte sie nur in 19 % aller Fälle konstatieren. Wir haben die Endocarditis, als Begleiterscheinung der Sepsis, in 24 Fällen, also in 43 % gesehen. Eigentliche Fälle von Endocarditis septica konnten wir nur 6 mal konstatieren; nämlich in den Fällen 26, 27, 28, 29, 30 und 42. Unter diesen haben wir in den Fällen 26 und 42 ein akutes Entstehen der Krankheit mit hohem Fieber, Schüttelfrösten und heftigen Allgemeinerscheinungen.

In den Fällen 27, 28, 29 und 30 begann die Krankheit von Anfang an mit milderen Erscheinungen; die Inkubationszeit dauerte wochenlang, und das Krankheitsbild trug mehr einen chronischen Charakter. In fast allen Fällen, wo anatomische Veränderungen am Herzen festgestellt waren, waren klinisch auch Symptome von Endo- und Pericarditis angegeben, nur in den Fällen 4 und 43, wo nichts pathologisches zu hören war, ergab doch die Sektion Veränderungen an den Klappen; im Falle 12, wo klinisch deutliche Merkmale der Endocarditis vorhanden waren, konnte man bei der Sektion nichts pathologisches feststellen. Bakteriologisch waren in unseren 7 Fällen endocarditischer Sepsis 3 mal Streptococcen, 2 mal Staphylococcen und 1 mal Tetragenus gefunden; 1 mal hat sich das Blut steril gezeigt.

Lenhartz glaubt, daß der Streptococcus parvus der gewöhnliche Erreger der chronischen Endocarditis sei, obwohl er zugibt, daß auch der gewöhnliche Streptococcus manchmal als Erreger der Endocarditis septica auftritt. Das letzte beweist der Fall 27, wo die bakteriologische Blutuntersuchung den gewöhnlichen Streptococcus ergab und die Krankheit einen ausgesprochenen chronischen Charakter trug. Die Krankheit dauerte 2 Monate lang, keine besonders hohen Temperaturen, Sensorium immer klar. Interessant ist der Fall 28 von septischer Endocar-

ditis. Die Krankheit blieb monatelang nicht ausgesprochen. Allgemeine Schwäche, Nasen- und Zahnblutungen, Herzerscheinungen, sowie Erytheme und Ödeme und intermittierendes Fieber hielten 3 Monate an, bis der Patient die Klinik aufsuchte. In der Klinik wurde die bakteriologische Blutuntersuchung gemacht, welche Tetragenus ergab. Auf Grund dieses Befundes und anderer Erscheinungen kann man sicher hier eine chronische septische Endocarditis annehmen. Wenn wir aus diesem einen Falle einen allgemeinen Schluß ziehen dürfen, so scheint es, daß die Wirkung, die Lenhartz dem Streptococcus parvus zuschrieb, auch dem Tetragenus zukommt.

Die Lungen und Pleuren sind bei unseren Fällen 34 mal, d. h. in 61 % mitbeteiligt; dabei scheint in manchen Fällen — 49, 37, 38 — die Krankheit die Hauptlokalisasation in den Atmungsorganen gehabt zu haben. Daß sich die Sepsis von einer Pneumonie entwickeln kann, ist vielfach nachgewiesen worden (Huguenin, Lenhartz u. a.), und die oben angegebenen Fälle scheinen diese Behauptung zu bestätigen. Die Initialsymptome bestanden in diesen Fällen im hohen Fieber, Seitenstechen, Husten. An den Lungen Dämpfung und bronchiales Atmen. In den Fällen 38 und 49 waren Pneumococcen im Sputum nachgewiesen. Die Sektion ergab Pneumonie, Pleuritis und Metastasen der Niere, der Milz und Trombose der Arterie pulmonalis (37), Metastasen der Niere, Muskulatur (38).

Wie aus unseren Krankengeschichten hervorgeht, ist immer die Prognose der Sepsis mit großem Vorbehalt zu stellen. So haben wir unter 56 Fällen, wie es oben angegeben ist, nur in 21 % eine Genesung anzunehmen.

Zunächst wäre es von Interesse, wie oft bei der positiven Blutkultur die Genesung eintrat und ob das Ergebnis der Blutkultur in bestimmter Weise bei der Prognose zu verwerten ist. Wenn wir von den erwähnten 19 Fällen mit positiver Blutkultur 2, die in die chirurgische Klinik

verlegt worden sind und deren Schicksal uns bekannt blieb, abrechnen, so haben wir in den übriggebliebenen 17 Fällen 3 mal, d. h. bei 18 % eine Genesung gesehen. Wir sind also genötigt, zu konstatieren, daß in unseren Fällen die Genesung bei negativer Blutkultur (21 %) nicht viel häufiger, als bei positiver (18 %) war. Lenhartz behauptet, daß «wenn auch das Eindringen von Keimen in den Blutstrom als ungünstig zu bezeichnen ist, keineswegs etwa der bakteriologische Nachweis von Bakterien im Blute, mögen es selbst Streptococcen sein, die Prognose zu einer absolut in fausten stempeln». Vielleicht lassen sich gewissermaßen die angeführten Ergebnisse an eine Auffassung von Bumm anschließen. Er findet nämlich, «daß eine kurzdauernde, vorübergehende Bakteriämie nicht nur bei allen Formen des septischen Infektion, solange als noch keine Lokalisation erfolgt ist, sondern auch bei putrider Zersetzung des Uterininhaltes auftreten kann, und hat an sich noch keine ungünstige Bedeutung. Es handelt sich dabei mehr um eine Verschleppung der Keime, als um eine selbständige Vermehrung im Blute». Der Fall 10, von puerperaler Staphylococcensepsis, scheint den Beschreibungen Bumms ähnlich sich gestaltet zu haben. Wenden wir uns den verschiedenen Sepsisarten in Bezug auf die Prognose zu, so haben wir bei der Puerperalen Sepsis unter 15 Fällen 3 mal Heilung, d. h. in 20 %. (Curschmann konnte 38,8 % Heilung konstatieren.)

Der Verlauf der Krankheit in diesen Fällen, 10, 11 und 13, war ganz sicher ein viel milderer, als in den anderen. Der je einmalige Schüttelfrost, den wir in diesen Fällen sehen, ist noch an sich nichts Schlimmes, nur «wiederholte Frostanfälle trüben die Prognose und machen das tiefere Eindringen der septischen Keime in die Lymph- und die Blutbahnen wahrscheinlich» (Bumm). Lenhartz sagt sogar, daß «Schüttelfröste selbst bei öfterer Wiederholung die Prognose nicht gleich zu trüben

brauchen; sie sind zwar häufig ein Zeichen dafür, daß man auf Metastasenbildung gefaßt sein muß, es kann aber bei einem oder zwei solcher Herde bleiben und der Prozeß muß zum Stillstand kommen».

In den 5 Fällen von Endocarditis haben wir 1 mal Genesung, d. h. in 20 %; in den osteomyelitischen Fällen keinmal Genesung; unter der zweimaligen cholangitischen Sepsis 1 mal Genesung, 50 %.

Wenn auch wir aus diesen Zahlen keinen allgemeinen Schluß ziehen dürfen, so scheint uns doch die Behauptung als berechtigt, daß die Art der Sepsis für die Prognose von Bedeutung ist.

Als ungünstiges prognostisches Zeichen müssen Netzhautblutungen angesehen werden, doch behauptet Herrnheiser, daß solche Blutungen auch in solchen Fällen vorkommen, die nicht tödlich enden; der Fall 48 bestätigt diese Behauptung. Das Allgemeinbefinden, der Ernährungszustand, das Aussehen der Patienten, der Fieberverlauf im Zusammenhang mit dem Puls geben schon einen gewissen Anhaltspunkt für die Prognose. Selbstverständlich verschlechterten die Metastasen die Prognose. So haben wir in einigen Fällen — 28, 35, 45 u. a. — eine Genesung gesehen, obwohl die Krankheit monatelang angehalten hatte und bei einigen sogar der bakteriologische Blutbefund positiv war, die Metastasen aber fehlten, resp. war ihre Zahl nur geringfügig. Dagegen sind schlechtes Allgemeinbefinden, kleiner, weicher und frequenter Puls, wiederholte Schüttelfröste bei wiederholtem Nachweis von Bakterien im Blute und Metastasen sehr üble prognostische Zeichen.

Was die Behandlung der Sepsis betrifft, so können wir sagen, daß es keine spezifische Mittel gegen die Krankheit gibt. Wir sehen aus unseren Krankengeschichten, daß bei vielen Fällen die Collargolinjektionen verschiedene Resultate ergaben. So haben wir in den Fällen 11, 28 u. a. günstige Resultate erhalten, wäh-

rend z. B. die Fälle 5, 7 und 8 bei derselben Behandlung ungünstig verliefen.

Auch das Aronsohnsche Antistreptococcenserum scheint keine glänzende Wirkung zu haben (Fall 14 und 32) und in manchen Fällen ganz machtlos zu sein; es setzte die Temperatur für eine kurze Zeit zwar herab, darauf schnellte sie aber wieder hinauf. Manchmal, wie in den Fällen 35. 49 u. a., gelingt es doch, die Temperatur durch solche Mittel für mehr oder weniger lange Zeit an der Norm oder subfebril zu erhalten.

Bumm behauptet, daß das Fieber an sich keiner besonderen Behandlung bedarf, weil «die Steigerung der Körperwärme Zeichen einer kräftigen Reaktion des Körpers gegen das Wundgift ist und muß eher als heilsam, denn als schädlich angesehen werden». Doch gibt er zu, daß in Rücksicht auf den Herzmuskel bei lange andauerndem, hohem Fieber eine Herabsetzung der Körperwärme erwünscht sei, und er empfiehlt zu diesem Zweck kühle Bäder. Wenn der Infektionsprozeß hauptsächlich an einer bestimmten Stelle des Körpers oder in einem Organ lokalisiert ist, so ist oft chirurgische Hilfe am Platze. Sehr eklatant tritt der Nutzen der chirurgischen Hilfe im Fall 22 zutage. Es handelt sich um einen Fall von Sepsis, wo die Krankheit schon fast 2 Wochen lang angehalten hatte, bis der Patient in die Klinik kam. Die Temperatur war 40° bis 41°, Schüttelfröste, ausgesprochenes Rasseln beiderseits, im Sputum waren Pneumococcen und Staphylococcen zu finden; es ließen sich Hauptpusteln und eine hyperämische Papille feststellen. Nach Eröffnung eines großen Abszesses in der Glutäalgegend, in der chirurgischen Klinik, trat sogleich ein Abfall der Temperatur und baldiges Verschwinden aller Symptome ein. Nach 2 Wochen war der Patient vollständig geheilt entlassen.

Fall 1.

32jährige Frau. Aufgenommen 13. IV. 1892, † 16. IV. 1892.

Diagnose: Puerperale Sepsis.

Anamnese: Patientin kam vor 8 Tagen nieder. Die Geburt verlief normal und schnell. Am dritten Tage darauf bekam Patientin Kopfschmerzen, Fieber, Stechen in der rechten Seite. Sie suchte gleich die Klinik auf.

Status praesens: Temperatur 40,3°, Puls 150, regelmäßig, klein, aus der Vagina blutige, stark übelriechende Lochien.

15. IV. Temperatur 38,8°, Puls 140. Hinten rechts unten Dämpfung, Bronchialatmen. Lungen: scharfes Bronchialatmen, Rasselgeräusche, Atmung stark beschleunigt. Herz ohne Besonderheiten.

16. IV. Exitus.

Sektionsbefund: Im linken Lungenunterlappen viele Herde. In der linken Niere viele oberflächliche Ecchymosen. Leber und Niere sehr schlaff. Im Pleuraraum und Herzbeutel trübe Flüssigkeit.

Fall 2.

32jährige Frau. Aufgenommen 23. V. 1895, † 30. V. 1895.

Diagnose: Sepsis.

Anamnese: Patientin litt sehr oft an Husten und hatte gelblichen Auswurf. Vor 4 Wochen fand die letzte Entbindung statt. Bereits im 5. Schwangerschaftsmonat begannen Blutungen. In der Frauenklinik wurde Placenta praevia festgestellt. Es wurde durch Wendung und Extraktion die Entbindung durchgeführt. 2 Tage darauf Husten und Kopfschmerzen, die bis jetzt anhalten.

Status praesens: Temperatur 39°, Puls 110. Lungenbefund: rechts hinten unter der Scapula abgeschwächtes Atmen; zwischen der 8. und 10. Rippe rechts hinten bronchiales Atmen. Herz: normale Größe; an der Spitze Geräusche.

30. V. Exitus.

Sektionsbefund: Endocarditis acuta, Trombophlebitis der rechten Venae stermaticae inter. Abszesse im Uterushalse. Akute Pleuritis; gangränöse Herde.

Fall 3.

23jährige Frau. Aufgenommen 13. IV. 1899, † 15. IV. 1899.

Diagnose: Sepsis puerperalis.

Anamnese: Mit 19 Jahren Blinddarmentzündung. 3 normale Geburten. 3 Wochen nach der letzten Geburt, am 8. IV., bekam

Patientin Schmerzen im Leibe und auf der Brust, Hitzegefühl und Schüttelfrost. Vor 2 Tagen Erbrechen und Aufstoßen.

Status praesens: Die Zunge stark belegt; die Inguinaldrüsen geschwollen. Lungenschall beiderseits unterhalb der Scapula stark gedämpft. Rechts neben der Dämpfung bronchiales Atmen; links pleuritisches Reiben. Temperatur 38,5°, Puls 130, regelmäßig. Urin — 1 % Eiweiß; keine Zylinder. Der Leib meteorostisch aufgetrieben, druckempfindlich. Kleiner Dammriß, der gering belegt ist. Aus der Vagina übelriechendes Lochialsekret. Douglas und Parametrium frei.

12. IV. Sehr hohe Temperaturen, 39,5° bis 40°, Puls 150, weich. Der Lungenbefund derselbe. 15. IV. Exitus.

Sektionsbefund: Pyämie, Peritonitis, rechts Ovarialabszesse, Metrolymphangitis.

Fall 4.

23jährige Frau. Aufnahme 7. VII. 1895, † 12. VIII. 1895.

Diagnose: Puerperale Pyämie.

Anamnese: Patientin hat 4 Geburten glatt durchgemacht. Etwa 4 Wochen nach der letzten Geburt vor ½ Jahre traten Schmerzen im Unterleib auf. Sie hatte außerdem Blutungen aus den Genitalien. In der Frauenklinik wurde diagnostiziert: Parametritis und Perisalpingitis. Nach zweiwöchentlicher Behandlung, mit nur noch kleinem Exudat entlassen. Am 23. Juni trat sie wieder wegen Blutungen in die Frauenklinik ein, wo ein Abortus in perpectus am Anfange des 3. Schwangerschaftsmonats konstatiert wurde. Die Reste wurden manuell ausgeräumt. Sie war fieberfrei bis zum 3. dieses Monats; sie bekam Kopfschmerzen, Fieber, Spannung im linken Oberarm und Gesäßbacke. Am 7. in die medizinische Klinik verlegt.

Status praesens: Temperatur 39°, Puls 110. Lunge und Herz ohne Besonderheiten. Am linken Oberarm und linken Unterarm je ein eigroßer eitriger Abszeß, an der rechten Gesäßbacke eine Infiltration. Milz vergrößert.

5. VIII. Patientin erbricht alles, was sie bekommt. Allgemeiner Tremor, klagt über Ohrensausen. Läßt Stuhl und Urin ins Bett. Im Rachen schleimige, schmierige Massen. Lungen: Rasselgeräusche, Puls klein, weich, frequent.

12. VIII. Exitus.

Sektionsbefund: Granulierte Wunde an den Extremitäten. Rechte Lunge adhärend. Tricuspidalklappe bedeckt von einem großen speckigen Gerinsel. Auch im Vorhof ist an einzelnen Stellen das Endocard defekt. In Arterie Pulmonalis-Embolien. In den Lungen viele Infarkte und Eiterherde. Im rechten Eierstock haselnußgroße Höhle.

Fall 5.

27jährige Frau. Aufgenommen 8. IX. 1902, † 11. IX. 1902.

Diagnose: Post puerperale Pyämie.

Anamnese: Patientin hat am 28. VII. eine Zwillingsgeburt durchgemacht. Darauf bekam Patientin hohes Fieber und fühlte sich sehr matt. Patientin war in die Hebammenschule gebracht, wo sie durch intravenöse Collargolinjektionen behandelt war bis zum 22. VIII., aber ohne günstigen Erfolg.

Am 8. IX. ist die Frau in die medizinische Klinik verlegt.

Status praesens: Patientin ist vollständig komatös; äußerste Abmagerung, trockene, sehr blasse Haut, starker Foetor ex ore. Lunge normal, keine Dyspnoe. Herz ohne Besonderheiten. Temperatur 38,5° Puls 130. Hämoglobingehalt 20 %, Erythrocyten 1 206 000.

Im Urin Eiweiß; im Sedimente granulierte und hyaline Zylinder.

10. IX. Da Patientin alles erbricht, wird sie durch Nährklystiere genährt. Kein Fieber, Allgemeinzustand derselbe.

11. IX. Exitus.

Sektionsbericht: Rechte Lunge adhärent; im linken Oberlappen eine Höhle, die mit Eiter ausgefüllt ist. In der vena cavae eitriger Thrombus. Auf der Iliaca bis zur Mitte der Niere ein großer Abszeß.

Fall 6.

35jährige Frau. Aufgenommen 17. XI. 1902, 22. XI. in Augenklinik verlegt.

Diagnose: Sepsis puerperalis.

Anamnese: Die Frau hat 9 mal geboren. Die letzte Geburt war am 2. IX. Sie verlief ganz normal, bald aber nach der Geburt stellte sich heftiger Schüttelfrost ein; am Abend bestand kein Fieber mehr und das Wochenbett verlief ganz normal, bald aber nach der Geburt stellte sich ein heftiger Schüttelfrost ein, am Abend bestand kein Fieber mehr und das Wochenbett verlief ganz normal. Patientin stand am 10. Tage auf, begann zu arbeiten. Am 14. Tage aber bekam Patientin plötzlich starke Kopfschmerzen, gleichzeitig stellte sich ein großes Durstgefühl und Mattigkeit ein.

Status praesens: Dürftiger Ernährungszustand. Sensorium klar. Abdomen: Starke Hernie in der Linie alba. Milz leicht palpabel, als ein weicher Tumor. Uterus wesentlich vergrößert, Para-Perimetrien frei. Kein Vaginalausfluß. Thorax gut gebaut. Lungengrenzen ohne Besonderheiten. Links hinten unten vesikuläres Atmen. Herz: an der Spitze ein systolisches Geräusch. Zweiter Pulmonalton verstärkt.

Zweiter Aortenton unrein. Am Sternum ein dyastolisches Geräusch. Lippen trocken, zum Teil mit Borken belegt. Urin + Al.; Vidal — 0; Blut steril; Temperatur 39,5°.

19. IX. Augenbefund: links starke Chimose, Hypopyon. Ringssynechien, rechts im Augenhintergrund ziemlich breite Blutung.

22. X. Cornea links vollständig trüb, Puls klein, regelmäßig. Atmung beschleunigt. Contin, hohes Fieber von 38° bis 40,3°

In die Augenklinik verlegt.

Fall 7.

37jährige Frau. Aufgenommen 22. VIII. 1903 bis 2. IX. 1903.

Diagnose: Sepsis puerperalis.

Anamnese: Künstliche Frühgeburt vor 8 Tagen wegen andauernder Blutungen. Placenta praevia centralis. Das 7monatliche Kind samt dem ganzen Eisack war spontan geboren, ein Teil der Placenta wird manuell gelöst. Schon vor Beginn der Geburt mehrfache Ohnmachten, nach der Geburt Collaps. Mehrfache Coffeïn- und Campherinjektionen waren nötig, um die Herzaktion zu unterhalten. Die Frau erholte sich. Vor 2 Tagen plötzlich linksseitige Hemiparese und Facialisparese, Kopfschmerzen.

Status praesens: Temperatur 39,1°, Haut sehr blaß, Ödem an beiden Beinen. Linksseitige Parese. Liderschluß rechts fester als links. Stirnrunzeln beiderseits gleich, der linke Mundwinkel gehoben. Zungenspitze nach links. Blase und Mastdarm ohne Besonderheiten. Reflexe: Plantarreflex nur rechts auslösbar: Patellarreflex rechts vorhanden, links fehlend. Babinski vorhanden. Links Hyperaestesie und Hypalgesie. Lunge ohne Besonderheiten. Herz: Systolisches Geräusch an der Spitze, zweiter Pulmonalton und zweiter Aortenton gleich. Temperatur 39,8°.

29. VIII. Intermittiertes Fieber. Temperatur zwischen 37° bis 40,3°. Die Benommenheit des Sensoriums hat zugenommen. In der Stelle der Collargolinjektion eine Infiltration. Permanente Schlafsucht. War behandelt mit Collargolinjektionen.

2. IX. Exitus.

Sektionsbericht: In der 2. Windung der 2. Fossa Sylvii ein gelber Knoten. Rechts im Gehirne Erweichungsherde. Milz mit dem Zwergfell verwachsen. Endocarditis. Milzinfarct. An der linken Niere Abszesse. In der rechten Renalis und Spermatica-Thromben, desgleichen im Plexus pampiniformis.

Fall 8.

40jährige Frau. Aufgenommen 6. VII. 1904, † 19. VII. 1904.

Diagnose: Pyämie post abortum.

Anamnese: Patientin erkrankte an Pfingsten plötzlich mit sehr starken Kopfschmerzen. Dabei stellte sich ein Schüttelfrost ein, der eine halbe Stunde dauerte. Dann trat Besserung ein. Etwa 4 Wochen wiederholten sich die Anfälle fast täglich in genau der gleichen Zeit. Die Anfälle wurden in der letzten Zeit unregelmäßiger, blieben oft mehrere Tage aus, traten einigemale an demselben Tag auf. Sie wurde mit Chinin ärztlich behandelt. 3 normale Partus, zuletzt vor 6 Jahren. Die Kinder sind gesund. Am Tage vor Pfingsten Abortus. 3 Tage hernach begann die jetzige Erkrankung.

Status praesens: Patientin ist kräftig gebaut und ziemlich korpulent, dabei aber sehr blaß. Der rechte Oberarm und Unterschenkel sind stark geschwollen. Der linke Fuß in der Knöchelgegend ödematös. Thorax breit und leidlich gewölbt. Lungengrenzen gut verschieblich. Rechts hinten unter Rasseln. Herz nicht vergrößert. An der Spitze deutliches systolisches Geräusch. Aortenton und Pulmonalton gleich. Puls 120 pro Minute, groß, regelmäßig, gut gespannt. Abdomen vorgewölbt durch meteoristische Blähung. Milz palpatorisch vergrößert, hart. Urin enthält Eiweiß, kein Diazzo. Im Sediment reichlich Zylinder. Augenhintergrund rechts eine Blutung und ein kleiner rundlicher Fleck zu erkennen. Temperatur 39°.

8. VII. Die bakteriologische Untersuchung des entnommenen Blutes vermag keine Eitererreger nachzuweisen. Es ist eine intravenöse Injektion von 10 ccm Collargol (1:150) ausgeführt.

11. VII. Starke Dyspnoe. Rechts hinten Schallverkürzung, verstärkter Pectoralfremitus, Temperatur 40°, Puls 150.

15. VII. Temperatur zwischen 37° bis 40° remittierend. Täglich Schüttelfröste. Allgemeinbefinden schlecht.

19. VII. Exitus.

Sektionsbefund: Thrombophlebitis, embolische Lungenabszesse, Pleuritis, Endocarditis, Nephritis, Cystitische Hypernephrose.

Fall 9.

37jährige Frau. Aufgenommen 6. I. 1905, † 11. I. 1905.

Diagnose: Sepsis post abortum.

Anamnese: Am 31. XII. begann die Erkrankung mit heftigem Schüttelfrost, Gefühle der Übelkeit, Kopfschmerzen. Patientin legte

sich zu Bett und mußte alles Genossene erbrechen. Seit 5. I. hat Patientin ein leichtes Husten. Letzte Periode vor 3 Monaten. Patientin glaubte schwanger zu sein.

Status praesens: Lippen trocken. An der Unterlippe Herpes. Lungen: Trockene Rasselgeräusche. Herz ziemlich stark von Lunge überlagert. Geräusche an der Spitze. In der linken Bauchgegend etwa mannskopfgroßer Milztumor. Urin: Eiweiß und Zucker. Blut: Vidal negativ.

18. I. Patientin klagte über Leibschmerzen und Vaginalblutung, darauf erfolgte eine Geburt eines 10 cm langen Fötus, Placenta nach Credé; bakteriologische Untersuchung verschiedener Organe des Fötus wie der Placentae-Reinkultur von Streptococcen. Im entnommenen Blute aus der Vena Mediana Streptococcen. Armschwellung.

Temperatur am 6. 37,9°, am 7. 40,2°, am 8. 35,2°, am 9. 39,2°, am 10. 39,2°. Allgemeinbefinden schlecht. Puls frequent, weich.

11. I. Exitus.

Fall 10.

34jährige Frau. Aufgenommen 30. IV. 1906, entlassen 22. V. 1906.

Diagnose: Septicopyämie.

Anamnese: 1905 Fehlgeburten im 2. Schwangerschaftsmonate. Am 19. d. Mts. schwerer Partus (Steißlage bei engem Becken). Am 23. Fieber und Kopfschmerzen, kein Schüttelfrost. Jetzt Kopfschmerzen, Durstgefühl, Atemnot, Schwächegefühl, Verstopfung.

Status praesens: Temperatur 40,3°, Puls 132, regelmäßig, weich. An beiden Unterkieferästen wallnußgroße, druckempfindliche Drüsenschwellungen. Leichtes Ödem beider Unterschenkel. Lunge: Hinten rechts Dämpfung. Herz: Leises, blasendes, systolisches Geräusch an der Spitze, zeitweises Schaben. Abdomen druckempfindlich. Urin: Eiweißspuren; Leucocyten, vereinzelte Zylinder. Aus der Vagina blutig seröses Lochialsekret.

9. V. Seit dem 4. fast vollständig fieberfrei. Die Dämpfung hat sich vollständig gelöst. Herz: Systolisches Geräusch. Zweiter Pulmonalton und zweiter Aortenton gleich.

Guter Allgemeinzustand, normale Temperatur. 22. V. entlassen.

Fall 11.

28jährige Frau. Aufgenommen 8. VIII. 1905, entlassen 26. IX. 1905.

Diagnose: Septicämie post abortum.

Anamnese: Patientin hat 3 normale Geburten und 3 Aborte durchgemacht; der letzte Abort vor etwa 12 Tagen. Sie mußte jedesmal ausgeschabt werden. Fieber habe nach der letzten Ausschabung

auf 37,8° bestanden. Appetit schlecht, starkes Erbrechen, Magenschmerzen, Durchfälle.

Status praesens: Temperatur 37,5°. An den Armen und Beinen kleine, rote erhabene Flecken; an der rechten Tonsille stecknadelkopfgroßer gelber Pfropf. Lungen ohne Besonderheiten. Herz: An der Spitze lautes systolische Geräusch; Verstärkung des 2. Pulmonaltons. Urin: Eiweißspuren, keine Zylinder. Temperatur 38°, Puls 110.

12. IX. Die Temperatur schwankt zwischen 36,5° und 38°, Puls 110—120. Versuch mit Digitalis mißlingt, da die Patientin sofort danach erbricht.

24. IX. Der Allgemeinzustand hat sich gebessert unter Einreibung verschiedener Ung. Callorgol. Crédé. Herzbefinden unverändert. Temperatur normal.

26. IX. Entlassen.

Fall 12.

30jährige Frau. Aufgenommen 9. VIII. 1906, † 18. VIII. 1906.

Diagnose: Pyämie post abortum.

Anamnese: Patientin hat im Mai die letzte Regel gehabt. Nach 6 Wochen bekam sie bei einer Feldarbeit eine plötzliche Blutung, sie fiel um und mußte nach Hause getragen werden. Eine Fehlgeburt ging spontan vonstatten. Der Arzt soll die Frucht gesehen haben und fand, daß alles heraus sei. Seitdem hat Patientin Fieber.

Status praesens: Haut graugelb, heiß. Temperatur 40°. Puls 128. In allen Ostien ein systolisches Blasen. Milz palpabel. Gynäkologischer Befund: Portio hart. Rechtes Parametrium schmerzhaft, etwas übelriechendes Sekret. Lungen ohne Besonderheiten.

16. VIII. Das Allgemeinbefinden verschlechtert. Temperatur 41,3°, Puls sehr beschleunigt, weich, cheyne-stockessches Atmen.

18. VIII. Exitus.

Sektionsbericht: Septische Endometritis, Milzabszeß, citrage Peritonitis.

Fall 13.

20jährige Frau. Aufgenommen 18. XII. 1908, entlassen 24. XII. 1908.

Diagnose: Sepsis puerperalis.

Anamnese: Am 12. XII. normale Geburt nach normaler Schwangerschaft. Nach 2 Tagen Schüttelfrost, Hitzgefühl, Schweißausbruch. Der Schüttelfrost wiederholt sich nicht mehr, aber die Hitze hält noch an, dabei Kopfschmerzen, Durchfall.

Status praesens: Auffallend blasses Gesicht. Am Rücken zahlreiche Flecken und Pusteln. Temperatur 40,2°, Puls 120, weich,

Lungen: Rechts hinten unten Dämpfung, darüber bronchiales Atmen. Herzmaße 2,5:11,5:16. Töne rein. Uterus gut kontrahiert, nicht druckempfindlich. An den Labien einige speckig belegte Ulcera. Lochialsekret fade riechend, blutig eitrig. Ophtalmoskopischer Befund normal. Bakteriologische Untersuchung: Das Vaginalsekret Diploc. lanceolatus und Strept. pyogen. Leucocyten 18 800. Bakteriologischer Blutbefund steril.

24. XII. Seit 3 Tagen normale Temperatur, gutes Allgemeinbefinden. Auf Wunsch entlassen.

Fall 14.

35jährige Frau. Aufgenommen 24. XII. 1908, 2. II. 1909 verlegt nach der chirurgischen Klinik.

Diagnose: Sepsis puerperalis. Empyem der rechten Lunge, linksseitige Facialisparese.

Anamnese: Seit dem 7. Jahre kann sie das linke Auge nicht schließen, sonst war sie immer gesund. Hat 3 gesunde Kinder. Vor 2 Jahren ein Abort. Letzterer Partus von einem Monate. Die Geburt sit normal verlaufen. 3 Tage nach der Geburt hat sie Stechen in der rechten Seite, Nachtschweiße und Husten bekommen. Darüber klagt sie auch jetzt.

Status praesens: Sehr blaß, verfallen aussehende Frau. An den Lippen Borken. Das linke Auge kann Patientin nicht vollständig schließen. Die Atmung ist oberflächlich, 44 pro Minute. Die linke Thoraxhälfte nimmt weniger als die Rechte an der Atmung teil. Rechts unterhalb der Scapula Dämpfung, darunter ist der Pektoralfremitus aufgehoben. Rechts hinten oben blasige Rassegeräusche. Herz ohne Besonderheiten. Temperatur 38,8°.

25. XII. Im Blute sind Streptococcen gewachsen. Im Pleurasekret reichlich Streptococcen, polymorphe Zellen. Injektion in die Rückenhaut 40 ccm Anti-Streptococcenserum.

30. XII. Temperatur 40°. Der Lungenbefund derselbe. Sensorium plat. Die Lungendämpfung hat zugenommen; dazu trat bronchiales Atmen. Das Allgemeinbefinden gut. Temperatur 38°.

2. I. 1909. Das Allgemeinbefinden ist die ganze Zeit gut; der Lungenbefund derselbe.

17. I. Temperatur 38°. Patientin fühlt sich gut. Hat keine Beschwerden. Facialisparese besteht. Pleuritische Dämpfung wie vorher.

28. I. Lungenbefund derselbe. Allgemeinbefinden gut. Probepunktion: Keine Streptococcen. Temperatur contin. ohne große Remissionen 37,5°.

2. II. Status idem, verlegt in die chirurgische Klinik.

Fall 15.

36jährige Büglerin. Aufgenommen 9. VIII. 1910, † 10. VIII. 1910.

Diagnose: Sepsis puerperalis.

Anamnese: Patientin ist nachts von ihrer Wirtin ins Spital gebracht. Die Krankheit soll mit starker vaginaler Blutung begonnen haben.

Status praesens: Patientin ist bewußtlos. Pupillen eng, reagieren nicht mehr. Lungen: Rechts hinten unter Dämpfung. Atmung sehr beschleunigt. Herz ohne Besonderheiten. Aus der Vagina übelriechendes Sekret.

Nachts Exitus.

Sektionsbericht: An den Nieren kleine Abszesse aus den Streptococcen gezüchtet sind. Milz stark vergrößert. Uterus: Schleimhäute gangränös. An einer Stelle Perforation.

Fall 16.

34 Jahre alter Mann. Aufgenommen 8. VI. bis 23. VI. 1903, verlegt in die chirugische Klinik.

Diagnose: Sepsis.

Anamnese: Rippenfellentzündung. Die jetzige Erkrankung begann am 16. VI. mit Schwindel, Kopfschmerzen und Fieber. Patient delirierte sehr stark. Jetzt klagt er über Kreuzschmerzen und Schmerzen im rechten Ohre.

Status praesens: Schwer leidendes Aussehen. Am linken Malleolus ein schmierig eitrig belegtes Geschwür. An der Innenseite des linken Oberschenkels einige rote Stänge. Die Inguinaldrüsen sind stark geschwollen. Lungen ohne Besonderheiten. Herz ohne Besonderheiten. Rechtes Trommelfell injiziert. Puls klein, 120 pro Minute. Temperatur 39°. Urin: Albumen. Bakteriologische Blutuntersuchung: Staphylococcen.

18. VI. Temperatur 40,3°. Status idem.

19. VI. Temperatur 39°. Status idem.

Verlegt in die chirurgische Klinik.

Fall 17.

28jährige Frau. Aufgenommen 10. IV. 1904, † 12. IV. 1904.

Diagnose: Septicopyämie.

Anamnese: Als Kind Gesichtsrose, sonst gesund. Erkrankte von 2 Tagen mit Schüttelfrost, Schmerzen auf der Brust, Fieber, Husten, Auswurf.

Status praesens: Temperatur 39,2°, Puls klein, frequent, 120 pro Minute. Zwei Stunden nach der Aufnahme plötzliche Geburt eines lebenden Kindes. Kleiner Dammriß genäht. An der rechten

Schulter ein Furunkel mit einer Infiltration in der Umgebung; neben ihm ein zweiter, dessen Öffnung von einem zähen Eiterpropf verstopft ist. Thorax: Oberflächliche Atmung. Rechts hinten unten Dämpfung mit bronchialem Atmen. Herz ohne Besonderheiten. Uterus weich, steht über der Symphyse. Urin enthält Eiweiß.

11. IV. Schmerzen im Kreuz, Gelenken und Muskeln. Puls sehr klein, Temperatur 40°.

12. IV. Exitus.

Sektionsbericht: In der Pleurahöhle Eiter. Bronchitis. An der Schnittfläche der Lungen zahlreiche Abszesse. Bronchopneumonische Infiltrationen. Pleura adhärent. In der linken Niere miliare Abszesse. Genitalien ohne Besonderheiten.

Fall 18.

29jähriger Mann. Aufgenommen 9. I. 1897, entlassen 7. II. 1897.

Diagnose: Sepsis.

Anamnese: Vor 9 Wochen bemerkte Patient in der Achsel einen Karbunkel. Derselbe wurde aufgeschnitten und heilte in 8 Tagen. 2 Tage darauf bemerkte Patient eine schmerzhafte Geschwulst in der linken Achselhöhle. Er wurde von verschiedenen Ärzten behandelt, doch arbeitete er bis zur letzten Woche. Seit 5 Tagen hat er Schmerzen auch in den unteren Extremitäten und linken Vorderarm, im Leib und Hals; Schüttelfröste.

Status praesens: Stark geschwollene Inguinaldrüsen. In der linken Achselhöhle hühnereigroßer Tumor. An den oberen und unteren Extremitäten eine große Anzahl roter Flecken und Borken.

30. I. Die Temperatur schwankt zwischen 37° bis 39°. Der Patient fühlt sich wohl. Die Blutuntersuchung negativ. Mitte des Sternums Dämpfung. Akzentuierte Töne.

7. II. Seit letzter Woche normale Temperatur. Gutes Allgemeinbefinden. Entlassen.

Fall 19.

36 Jahre alte Frau. Aufgenommen 20. IX. 1890, † 15. X. 1890.

Diagnose: Sepsis.

Anamnese: Da die Patientin in krankhaftem Zustande ist, berichtet über die Anamnese ihre Mutter. Vor 11 Jahren die letzte normale Geburt. Vor 8 Monaten traten am Hals und Rücken «Schaumlöffelgeschwüre», vereinzelt auch auf den Beinen auf, dabei Durst, Müdigkeitsgefühl. Der Arzt hatte es als Zuckerkrankheit bezeichnet. Die jetzige Krankheit soll vor 8 Tagen mit Fieber, Schüttelfrost, Appetitlosigkeit begonnen haben. Diese Beschwerden halten bis jetzt an.

Status praesens: Am Rücken, Hals und Beinen viele Narben und Furunkel. Bei mäßigem Drucke starke Schmerzen fast über dem ganzen Körper. Herz und Lunge ohne Besonderheiten. Im Urin Eiweiß, kein Zucker. Temperatur 39°, Puls 150.

14. X. Temperatur 39°, Puls 132. Der rechte Handrücken ödematös geschwollen; deutliche Infiltration des Unterhautzellgewebes; auch am linken Unterarm Schwellung und Rötung.

15. X. Temperatur 39,5°, Puls 148. Über den Lungen beiderseits Rasseln. Rote Flecken am Abdomen. Patientin ist benommen.

15. X. Exitus.

Sektionsbericht: Myelitis. Perinephritischer Abszeß. Abszesse im Mediastinum; eiterige Periostitis. Myositis purulenta. Tendovaginitis.

Fall 20.

15jährige Verkäuferin. Aufgenommen 24. I. 1910, entlassen 7. III. 1910.

Diagnose: Sepsis.

Anamnese: Die Krankheit begann mit Leib- und Kopfschmerzen, Mattigkeit vor 4 Tagen. Seit gestern Durchfall, Schüttelfrost und Hitzegefühl.

Status praesens: Temperatur 38,2°; Puls 80. An der Unterlippe anschließend Reste eines frischen Herpes. An der rechten Hand eine offene purulente Wunde. Thorax und Lungen ohne Besonderheiten. Herzmaße 3,5 : 9,5 : 15, reine Töne. Abdomen: Milz palpabel. Blut: Agarplatten steril. Im Laufe von 6 Wochen bestand remittierendes Fieber bis 40,2°. Kein Organbefund.

31. I. Temperatur 39,9°, bakteriologischer Blutbefund negativ.

18. II. Regelmäßige Fiebersteigerung durch 9 Tage. Keine Beschwerden. Die wiederholte Blutuntersuchung war negativ.

1. III. Das Fieber läßt nach. Temperatur 36,8°.

7. III. Entlassen.

Fall 21.

36jähriger Mann. Aufgenommen 21. XI. 1904, † 28. XI. 1904.

Diagnose: Septicopyämie (nach Unfall).

Anamnese: Am 28. X. 1904 fiel Patient eine Leiter herunter, 5 m tief, auf die linke Beckenseite. Beim Fall erhielt er eine Wunde an der linken Hinterbacke und am linken Daumen; trotzdem hat er noch 2 Tage gearbeitet. Nach 7 Tagen bekam er eine Lungenentzündung, die die ganze Zeit andauerte. Er fieberte sehr stark und hatte Kopfschmerzen.

Status praesens: Haut blaß, cyanotisch. Patient fast benommen. Lippen mit Borken belegt. Starke Dyspnoe. Temperatur 39,6°. Puls 144. Am Daumenrücken ein Ulcus. An der Außenseite des Hüftgelenks deutliches Ödem. Am Kreuzbein oberflächlich Decubitus; entzündliches Prolapsus ani. Drüsen beiderseits vergrößert. Thorax: Am Sternalansaatz der 2. bis 3. Rippe, Rötung, Schmerzen und Fluctuation. Fleckige Rötung der Rückenhaut, Schuppung und einzelne Hämorrhagien. Die ganze rechte Seite gedämpft; verstärkter Fremitus. Hinten unten beiderseits bronchiales Atmen. Herz ohne Besonderheiten. Urin mäßig Albumen.

22. XI. Im Punktat des Abszesses an der 2. Rippe Eiter. Zahlreiche Diplococcen. Vidal 0, Temperatur 39°.

23. XI. Blutbouillonkolben, Diplococcen (Pneumococcen) und Streptococcen.

28. XI. Exitus.

Sektionsbericht: An der Haut der Hand klaffende Wunde, die tief ins Gelenk führt. Unter der 3. linken Rippe eine Eiterhöhle; daneben eiterige Muskelherde. Rechtseitige Pleuritis; in der rechten Lunge kleine eiterige Herde: in der Arterie pulmon. Thrombosen; die Milzkapsel entzündet.

Fall 22.

22jähriger Mann. Aufgenommen 13. VII. 1907, verlegt in die chirurgische Klinik 29. VII. 1907.

Diagnose: Sepsis.

Anamnese: Patient fühlt sich seit 6 Tagen krank; arbeitete doch bis heute; heute wurde ihm plötzlich schwindlich, bekam Schmerzen in der Brust und Kopfweh.

Status praesens: Haut normal. Lunge und Herz normal. Milz vergrößert. Temperatur 38°, Puls 100.

16. VII. Puls dicrotisch. Im Auswurf spärliche Pneumococcen.

17. VII. Zahlreiches Rasseln rechts unten beiderseits. Im Sputum Pneumococcen und Staphylococcen.

18. VII. Schüttelfrost, Temperatur 41°. Bakteriologischer Blutbefund negativ.

23. VII. Schüttelfrost, Temperatur 40°. Augenbefund: Papille hyperämisch. Hinten unten deutliche Dämpfung.

24. VII. Auf der Brust einige Pusteln. Lungenbefund derselbe. Temperatur hoch. In der Glutealgegend ein deutlicher Abszeß. Verlegt in die chirurgische Klinik.

29. VII. Eröffnung des Abszesses.

16. VIII. Nach der Operation sofortiger Abfall der Temperatur. Das Befinden besserte sich rasch. Patient gesund entlassen.

Fall 23.

17jähriger Bäckerlehrling. Aufgenommen 15. II. 1905, † 22. II. 1905.

Diagnose: Sepsis (Erysipelas).

Anamnese: Patient hatte bis vor 2 Tagen gearbeitet. Am 13. II. bekam er Kopf- und Halsschmerzen, Husten und Auswurf. Nach einigen Tagen haben die Schmerzen zugenommen; er hat jetzt Schmerzen in der Nase, Brennen im Gesicht, Hitze, Durst und Appetitlosigkeit.

Status praesens: Haut heiß und trocken. Im Gesichte starke Rötung und Schwellung der Partien um die Nase. Am Naseneingang einige Ragaden. Halsdrüsen geschwollen. Lunge und Herz ohne Besonderheiten. Temperatur 39,9°; Puls 120.

18. II. Im Gesichte Schuppen. Temperatur konstant hoch, zwischen 38,5° und 40,2°. Der Allgemeinzustand verschlechtert sich. Patient ist benommen. Milz palpabel. Plattenkultur aus dem Blute: Streptococcen.

22. II. Exitus.

Sektionsbericht: Pneumonie, Bronchitis. Große septische Milz.

Fall 24.

26 Jahre alter Rangierer. Aufgenommen 4. IX. 1903. 12. IX. 1903 in die chirurgische Klinik verlegt.

Diagnose: Sepsis.

Anamnese: Bis jetzt immer gesund. Die jetzige Erkrankung begann am 1. IX. mit Schüttelfrost. Patient konnte den rechten Arm nicht mehr gut heben und hatte Schmerzen in der Achselhöhle.

Status praesens: Der rechte Rand der Pectoralis ist sehr schlaff, dicker als der linke und schmerzhaft. Schwellung der Achselhöhle bis herab zur 7. Rippe. Die Umgebung des Latissimus druckempfindlich. Thorax: Oberflächliche Atmung. Lunge und Herz ohne Besonderheiten. Urin enthält Eiweiß. Temperatur 39,1°; Puls 110. Temperatur sehr hoch, bis 40°. Die Schwellung des Oberarmes an der Supraclaviculargrube hat stark zugenommen.

12. IX. In die chirurgische Klinik verlegt.

Fall 25.

21jähriger Mann. Aufgenommen 3. V. 1904, in die chirurgische Klinik verlegt am 19. V. 1904.

Diagnose: Sepsis.

Anamnese: Die Krankheit begann am 1. V. nach Aufheben eines schweren Koffers mit Stechen in der rechten Seite, Kopfschmerzen. Am 3. V. kam er ins Spital.

Status praesens: Passive Rückenlage; Zuckungen im Unterarm, in den Fingern und in der Unterlippe. Erhebliche Dyspnoe. Haut weiß, trocken. Die Außenseite des linken Daumens stark geschwollen. Drüsenschwellungen in der linken Leistengegend und der linken Halsseite. Lippen mit Borken bedeckt. Augenbefund ohne Besonderheiten. Thorax: Rechts intensive Dämpfung. In der Höhe des 10. Processus spinosus eine fluktuierende Geschwulst. Das Atemgeräusch über den gedämpften Partien völlig aufgehoben, ebenso der Pectoralfremitus. In der Herzgegend deutliches Reiben. Herz ohne Besonderheiten. Abdomen aufgetrieben. Milz nicht palpabel. Linker Testis auffallend vergrößert. Blut: Vidal. Vidal-Kulturen: Streptococcen. Ausstrich ebenfalls Staphylococcen. Leucocyten 24 000. Probepunktion trübes Exudat.

19. V. Starkes Delirien. Probepunktat: Eiter. Blutuntersuchung: Staphylococcen. Verlegt in die chirurgische Klinik.

Operiert. Wenige Tage nach der Operation Exitus.

Sektionsbefund: Pleuritis; Pericarditis; Paranephritischer Abszeß; Oberarmphlegmone.

Fall 26.

23jähriger Mann. Aufgenommen 7. II. 1896, † 10. II. 1895.

Diagnose: Streptococcen-Sepsis.

Anamnese: Vor 3 Jahren Gelenkrheumatismus. Seit einigen Wochen Herzklopfen nach körperlicher Anstrengung, vor 8 Tagen trat plötzlich Hitze auf, Schmerzen im linken Ellenbogengelenk und in beiden Schultergelenken. Temperatur 39°; Puls 180.

Status praesens: Abdomen mäßig gespannt. Thorax und Lungen ohne Besonderheiten. Herz: Über der Spitze systolisches Geräusch; 2. Pulmonalton und 2. Aortenton gleich. Außerdem leichte schabende Geräusche. Temperatur 39°; Puls 120. Bakteriologische Untersuchung des Blutes: Streptococcen-Kolonien.

9. II. Das Allgemeinbefinden, ebenso der Herzbefund derselbe. Die angewandten Herzmittel bleiben erfolglos. Temperatur 39,5°; Puls 150.

10. II. Exitus.

Fall 27.

22jährige Frau. Aufgenommen 13. VI. 1907, † 2. VII. 1907.

Diagnose: Sepsis.

Anamnese: Seit 21. V. keine Periode. Seit 14. V. klagt Patientin über Leibschmerzen und Durchfall. Deshalb besuchte sie die Klinik.

Status praesens: Temperatur 38,5°; Puls 100. Lungen: Links hinten unten Dämpfung, Reiben. Herz: Systolisches Geräusch an

der Spitze. Pulmonalton und Aortenton gleich. An den Genitalien kein pathologischer Befund.

25. VI. Die Lungenerscheinungen sind jetzt beiderseits stark ausgesprochen. Im entnommenen Blut Streptococcen-Kolonien gewachsen. Urin enthält Albumen und Zylinder. Temperatur 39,5°.

29. VI. Lungen- und Herzbefund derselbe. Die Untersuchung per vaginam ergibt nichts besondeners. Probepunktat der Pleurahöhle trübe Flüssigkeit.

1. VII. Exitus.

Sektionsbericht: Endocarditis, Pleuritis exsudat, purulenta, Nephritis.

Fall 28.

28jähriger Mann. Aufgenommen 15. IV. 1907, entlassen 27. V. 1907.

Diagnose: Sepsis (Endocarditis).

Anamnese: Im Januar 1906 fühlte sich Patient häufig sehr schwach nach der Arbeit. Die Schwäche nahm zu und war oft mit Schwindelanfällen verbunden. Patient begab sich in ärztliche Behandlung und lag während 2 ½ Monate krank. Im Herbst bekam Patient an beiden Oberschenkeln große rote, erhabene Flecken, die auf Druck Wasser absonderten; häufige Nasen- und Zahnblutungen; auf Anraten des Arztes suchte er das Krankenhaus auf, wo er bis 10. April in Behandlung war, aber ohne irgendwelchen Erfolg.

Status praesens: Patient ist heruntergekommen. Haut blaß. An den Extremitäten und im Gesicht kleine Pigmentflecken; an den unteren Extremitäten Ödeme. Das Zahnfleisch blutet bei geringer Berührung. Lungen ohne Besonderheiten. Herz: Systolische Geräusche an der Basis; 2. Pulmonalton und 2. Aortenton gleich. Milz und Leber vergrößert. Hämoglobingehalt 35 %, Erytrocyten 1 030 000, Leucocyten 1000.

10. V. Blutbefund: Tetragenus.

27. V. Herzbefund derselbe. Allgemeinbefinden gut. Temperatur normal. Behandlung: Intravenöse Collargolinjektionen. Entlassen.

Fall 29.

Matrose, 25 Jahre alt. Aufgenommen 16. VII. 1903, †. 10. VIII. 1903.

Diagnose: Septische Endocarditis.

Anamnese: Am 12. VII. erkrankte Patient mit Unbehagen, Fieber, Kopfschmerzen; nach einem Tage fühlte er Schwäche in den Armen und Beinen, die bis heute immer zugenommen haben.

Status praesens: Kleine Schwellung über dem Sternocleidogelenk. Die Supraclavicular- und Cubitaldrüsen sind vergrößert. Lymphangitische Stränge sind vorhanden. Lunge und Herz ohne

Besonderheiten. Temperatur 39°; Puls 100. Milz fühlbar, vergrößert. Venenpunktion: Bakteriologischer Befund negativ. Hämoglobingehalt 37 %.

22. VII. Vom 19. an hält die Temperatur auf 37° bis 37,8° kontinuierlich, heftige Kopfschmerzen. Leber und Milz vergrößert. Herz: Deutliche systolische und diastolische Geräusche. Ordination: Chinin.

30. VII. Herz vergrößert; an der Basis diastolische und systolische Geräusche. Temperatur 40,5°.

31. VII. Abfall der Temperatur nach Darreichung von Chinin. Herzbefund derselbe. Urin enthält Eiweiß und Zylinder.

9. VIII. Herzbefund: Cor ausgesprochen vergrößert und Geräusche. Blut: Poikilocyten und Leucopenie. Temperatur 40°.

10. VIII. Exitus.

Sektionsbefund: Milz groß. Starke Fettauflagerung auf das Herz. Herzmuskel anämisch. Endocard normal. Lungen beiderseits ödem; links hinten unten bronchopneumonische Herde. Nieren: Parenchyn. Trübung der Rinde. Gehirn-Pia ödem, sonst normal.

Fall 30.

24jähriger Mann. Aufgenommen 23. VIII. 1905, † 5. IX. 1905.

Diagnose: Endocardische Sepsis.

Anamnese: Potus mäßig. Etwa 12 Tage fühlte er sich unbehaglich, er hatte Fieber und mußte einigemale erbrechen. Dabei heftige Kopfschmerzen. Etwa 6 Tage will er zu Bett liegen.

Status praesens: Mittelgroßer Mann, graziler Knochenbau. Haut etwas blaß, vielleicht cyanotisch. Rachen geringe diffuse Rötung. Zunge mäßig belegt. Lungen ohne Besonderheiten. Herz normale Grenzen. Systolische Geräusche an der Spitze und der Aorta. Spaltung der 2. Töne an der Spitze; 2. Pulmonalton und 2. Aortenton gleich. Puls voll, weich, regelmäßig, 120 pro Minute. Abdomen gespannt, Milz percutorisch vergrößert. Temperatur 40,1°.

24. VIII. Venae Punktion am linken Unterarm. Auf Bouillon nicht gewachsen. Einspritzung von Sol. Ang. Crédé in eine Vene.

26. VIII. Patient ist unruhig. Subjektives Allgemeinbefinden schlecht. Am rechten Fußrücken eine schmerzhafte Rötung, desgleichen an der Beugeseite des linken Handgelenks. Erbrechen und Nasenbluten. Temperatur 40,3°. Antipyretische Mittel erfolglos.

27. VIII. Schüttelfrost, starkes Husten, Rasseln links, unterhalb der Scapula. Heftige Schmerzen am Fuße.

3. IX. Patient ist sehr verfallen. Ohrensausen. Druckempfindlichkeit rechts über dem Malleolus. Aus der rechten Armvene aufgefangenes Blut ist steril.

5. IX. Exitus.

Sektionsbericht: Rechte Lunge mit der Brustwarze verwachsen. Herz schlaff und mit dem Herzbeutel verwachsen. An der lateralen Mitralsegel eine brüchige Wucherung. Die Ränder der Mitralklappe fibrös verdickt. In den Papillarmuskeln ein glänzender Herd. An der Milz 2 Herde. In der linken Niere wallnußgroßer Infarkt.

Fall 31.

32jährige Frau. Aufgenommen 7. VIII. 1905. † 12. VIII. 1905.

Diagnose: Sepsis.

Anamnese: Im Jahre 1903 Abort im 8. Monat. Seit April 1905 Rheumatismus in den Schultern, Knien, Ellenbogen und Händen. Am 1. August mußte sich Patientin zu Bett legen wegen der starken rheumatischen Schmerzen in den Füßen und Beinen. Seit 5. VIII. Schwerhörigkeit und Delirien.

Status praesens: Temperatur 40°; Puls 160; Atmung 60 pro Minute. Sensorium stark getrübt. Das linke Schultergelenk scheint sehr schmerzhaft zu sein. An den unteren Extremitäten kleine Knötchen. Lungen: Rechts pleuritisches Reiben. Herz: Deutliche Reibgeräusche, Töne rein. Abdomen ohne Besonderheiten.

9. VIII. Über Sacrum und linke Hüfte Decubitus. An Blutagarplatten sind tiefe und oberflächliche Staphylococcen-Kolonien gewachsen. Lungen- und Herzbefund derselbe.

12. VIII. Exitus.

Sektionsbericht: Pericarditis acuta, Pleuritis dextra acuta, Polyarthritis chronica und acuta.

Fall 32.

58jähriger Bahnmeister. Aufgenommen 11. VII. 1905, † 15. VII. 1905.

Diagnose: Sepsis.

Anamnese: Vor 4 Jahren Gelenkrheumatismus des rechten Fußgelenks: vor einem Jahre dieselben Beschwerden rechterseits, besonders beim Gehen. Seit 5 Wochen neuerdings Auftreten der Schwellungen des Fuß- und Kniegelenks. Seit 3 Wochen Schwellung der rechten großen Zehe. In den letzten Tagen öfters Erbrechen. Zu Schmerzen in den Gelenken treten Schüttelfrost anfallsweise auf.

Status praesens: An einigen Stellen der Haut Hämorrhagien. Das linke Handgelenk, linkes Ellenbogengelenk, rechtes Fußgelenk und linkes Kniegelenk geschwollen. Am rechten Fuß eine eiterige Wunde. Geringes Ödeme der Unterschenkel. Zunge etwas stark belegt; ziemlich starke Pharingitis. Lungen: Überall heller, voller Klotzschall, stellenweise Rasseln. Herz vergrößert, Mitralton unrein. Milz percutorisch vergrößert. Urin enthält Eiweiß. Im Sediment

Zylinder. Aus dem Blute Streptococcen gezüchtet. Temperatur schwankt zwischen 38° bis 40,2°. Starke Dyspnoe. Am linken Ellenbogen eine Phlegmone. 2 mal 20 ccm Streptococcenserum.

15. VII. Exitus.

Sektionsbericht: Endocarditis, Atelektase der Lungen, Nephritis.

Fall 33.

53jähriger Mann. Aufgenommen 22. X. 1908, † 24. X. 1908.

Diagnose: Pyämie.

Anamnese: Angeblich bis jetzt immer gesund gewesen. Vor 4 Tagen leichtes Frösteln. Am folgenden Tage Schüttelfrost, Hitzegefühl und Schmerzen in fast allen Gelenken. Außer diesen Beschwerden Brennen beim Wasserlassen.

Status praesens: Patient erhebt sich nur mit großer Anstrengung aus den Kissen. Blasse Hautfarbe. Augen tief eingesunken. Zunge dick belegt. Beide Ellenbogengelenke und rechtes Fußgelenk geschwollen und druckempfindlich. Druck auf den Trochanter ist sehr schmerzhaft. Lungen: Rechts hinten unten Reiben. Herz ohne Besonderheiten. Größe 4,3:9:14,5. Temperatur 39,5°, Puls 96, sehr schwach. Leber und Milz vergrößert. Augenbefund normal.

24. X. Exitus.

Sektionsbericht: Pyämie, Prostatitis purulenta, Bronchopneumonie.

Fall 34.

26jährige Frau. Aufgenommen 8. VIII. 1904, enlassen 5. III. 1905.

Diagnose: Sepsis chronica (Arthritis, Endocarditis, Nephritis, Milztumor, Neuritis optica).

Anamnese: Mit 7 Jahren Gelenkrheumatismus. Erster Partus mit 16 Jahren. Im Frühjahr 1904 lag Patientin zu Bett wegen Husten, Erbrechen, Fieber. Am 10. Oktober 1904 glaubte Patientin sich erkältet zu haben und hatte Schmerzen in den Gelenken des rechten Beines. Die Schmerzen verbreiteten sich bald fast auf alle Gelenke, bald ließen sie aber nach. Vor 10 Tagen heftiges Stechen in den Seiten, auf der Brust und Lendengegend, Herzklopfen und zuweilen Luftmangel, Magenbeschwerden die bis jetzt anhalten, Erbrechen; deshalb besucht Patientin die Klinik.

Status praesens: Kleine substernale Struma. Temperatur 36,5°, Puls 115, unregelmäßig, weich. Lungen ohe Besonderheiten. Herz vergrößert, systolisches Geräusch an der Spitze. 2. Pulmonalton und 2. Aortenton gleich. Leber und Milz ohne Besonderheiten.

Opthalmoskopischer Befund: Netzhautblutungen; linke Stauungspupille; Blutbefund steril. Urin enthält Eiweiß und Zylinder.

2. XII. Die Temperatur schwankt zwischen 37° bis 39°. Kein Erbrechen. Opthalmoskopischer Befund derselbe.

5. I. 1905. Bis heute war Temperatur ziemlich konstant 38°, heute 36°. Herz vergrößert, systolisches Geräusch. 2. Pulmonalton und 2. Aortenton gleich. Milz palpabel. Urin enthält Eiweiß und Zylinder. Ordinat.: Aspirin.

16. I. Temperatur 38°. Status idem. Collargolinjektion, 10/100 3 g pro die.

9. II. Abends Schüttelfrost, Temperatur 38°. Arsenikpillen und Aspirin.

24. II. An den Augen Neuritis optica; Stauungspapille zugenommen. Die Temperatur schwankt zwischen 36° bis 39°.

5. III. Seit einer Wochen normale Temperatur. Die Schmerzen haben nachgelassen. Entlassen.

Fall 35.

34jährige Frau. Aufgenommen 31. XII. 1895, entlassen 2. III. 1896.

Diagnose: Streptococcensepsis.

Anamnese: Patientin hat 7 Geburten durchgemacht. Sie gibt an in den letzten 3 Wochen immer gefroren zu haben, dabei ist sehr großer vorhanden. Seit 2 Tagen Schwellung des rechten Ellenbogengelenks.

Status praesens: Sensorium etwas benommen, passive Bettlage. Temperatur 38,5°, Puls 90. Milz palpabel. Lungen ohne Besonderheiten. Atmung beschleunigt, 44 pro Minute. Herz ohne Besonderheiten. Der Ellenbogen stark aufgetrieben, durckempfindlich. Urin enthält Eiweiß, keine Zylinder.

2. I. Beginnende Schwellung des rechten Kniegelenks.

4. I. Punktion der rechten Ellenbogengegend, Punktat eiterig. Die Impfung ergab Streptococcen.

10. I. Schüttelfrost, Schmerz im linken Hüftgelenk. Der rechte Arm und das Kniegelenk stark geschwollen.

22. I. Temperatur 38,9°. Die Schwellung der Gelenke ist zurückgegangen.

13. II. Temperatur normal, gelegentliche Fiebersteigerungen werden durch Salycilicum gut bekämpft. Probepunktion ergibt nur Blut.

16. II. Keine wesentliche Veränderung. Schwellung der Ellenbogen- und Kniegelenke. Die Impfung des entleerten Sekrets ergab Streptococcen.

2. III. Wesentliche Besserung. Temperatur und Puls normal. Auf Wunsch entlassen.

Fall 36.

42jähriger Mann. Aufgenommen 30. V. 1892, † 29. VI. 1892.

Diagnose: Sepsis.

Anamnese: Patient bekam heute plötzlich Seitenstechen, Schmerzen auf der Brust, dabei hartnäckige Stuhlverstopfung, deshalb suchte er die Klinik auf.

Status praesens: Temperatur 38,2°; Puls 120. Lungenbefund hinten links unten deutliches pleuritisches Reiben und Rasselgeräusche. Herz ohne Besonderheiten.

2. VI. Temperatur und Puls bleiben auf derselben Höhe. Rechts hinten unten Dämpfung, abgeschwächter Pectoralfremitus.

20. VI. Probepunktion ergab seröse Flüssigkeit. Temperatur 40,4°.

25. VI. Hohe Temperatur. Puls verfällt mehr und mehr.

27. VI. Temperatur ist gestiegen auf 40°. Rechts hinten unten starke Dämpfung und abgeschwächtes Atmen. Punktat serös, trüb, deutliches cheyne-stockesches Atmen.

29. VI. Exitus.

Sektionsbericht: Gelbe Flüssigkeit in der Bauchhöhle. Flexura coli hepatica und Leber adhärent. Im Pleuraraum trübe Flüssigkeit. Lunge gegen die Wirbelsäule adhärent, beim Losreißen kommt man an eine Eiterhöhle. An der rechten Lunge bronchopneumonische Herde. In der linken Niere Eiterabszesse.

Fall 37.

44jähriger Mann. Aufgenommen 13. VI. 1893, † 19. VII. 1893.

Diagnose: Sepsis.

Anamnese: Vor 2 Jahren Erysipelas, sonst gesund. Seine jetzige Krankheit begann am 30. V. mit Schmerzen im Kreuz. An demselben Tage trat Schwellung und Schmerzhaftigkeit sämtlicher Gelenke der Extremitäten ein. Nach 3 Tagen wurde der linke Arm befallen, danach der rechte.

Status praesens Temperatur 39°; Puls 110. In der Vena jugularis deutlicher positiver Venenpuls. Thorax: In der Sternoclaviculargegend starke Rötung und Druckempfindlichkeit. Lungen links hinten unten Reiben. Herz: Systolisches Geräusch; 2. Pulmonalton und 2. Aortenton gleich. Milz vergrößert. Hämoglobinurie. Temperatur remittierend, zwischen 37° bis 40°.

7. VII. Probepunktion am rechten Sternoclaviculargelenk ergibt Eiter. Urin rötlich getrübt, enthält Hämoglobin, Eiweiß und Zylinder.

19. VII. Exitus.

Sektionsbefund: In beiden Pleuren und Pericard Eiter. Rechte Lunge adhärent; in den Bronchien Eiter. In der Pulmonalis Thromben. Linker Unterlappen hepatisiert; Herde. In der Milz Abszesse. In den Markkegeln der Nieren Abszesse, im Nierenbecken Eiter.

Fall 38.

26jähriger Mann. Aufgenommen 24. XI 1903, † 2. XII. 1903.

Diagnose: Sepsis.

Anamnese: Vor 3 Jahren Tripper und Syphilis. Vor einigen Tagen erkrankte er plötzlich unter starkem Schüttelfrost, Schweißausbruch, Husten, Erbrechen, heftiger Durchfall, Kopfschmerzen. Der Urin sei hellrot gewesen. Heute hat Patient Schmerzen in der rechten Achselhöhle.

Status praesens: Temperatur 41,2°; Puls weich, 120 pro Minute. Das linke Trommelfell defekt. Drüsen in der Leistengegend und am Halse gut zu fühlen. Lungen hinten unten beiderseits trockenes Rasseln. Herz ohne Besonderheiten. Temperatur 40,2°.

26. XI. Blut steril. Erbricht sofort jede Nahrung.

29. IX. Am rechten Oberschenkel ein faustgroßer Tumor; der ganze rechte Oberschenkel ödematös geschwollen. Rechter Unterlappen infiltriert; Bronchialatmen darüber.

30. XII. Im Punktate spärliche Diplococcen. Temperatur hoch, konstant 40°.

2. XII. Exitus.

Sektionsbefund: Abszeß am Rücken und Oberschenkel, Pleuritis sinistra serosa; Pleuritis dextra seropurulenta; Lymphadenitis purulenta; Lungeninfarkte. Eiterherd in der linken Niere; Ulcera ventriculi; perichondritische Geschwüre im Kehlkopf.

Fall 39.

24jährige Frau. Aufgenommen 20. X. 1896, † 26. X. 1896.

Diagnose: Sepsis.

Anamnese: Vor 3 Tagen plötzlich einen heftigen Schüttelfrost, sofort nachher starkes Schwitzen, klopfender Kopfschmerz, hauptsächlich in der Stirngegend und Schmerz im Rücken. Seit gestern wurde der linke Arm in allmählich zunehmender Weise schwach. Aus dem Ohre vor 3 Tagen Ausfluß.

Status praesens: Temperatur 39°; Puls 120. Die Gesichtshaut deutlich gedunsen. Lungen ohne Besonderheiten. Herz vergrößert; an der Spitze ein systolisches Geräusch. Der linke Arm kann nicht mehr gehoben werden.

23. X. Ophtalmoskopisch Stauungspupille, Temperatur 39,5° Im Ellenbogengelenk starke Schmerzen. Aus dem linken Ohre fließt Eiter und Blut. In der linken Sternokleidomastoideusgegend schmerzhafte Rötung. Im Urin Eiweiß und Zylinder.

26. X. Exitus.

Sektionsbefund: Endocarditis, Nephritis, Otitis media.

Fall 40.

23jähriger Mann. Aufgenommen 21. III. 1903, in die chirurgische Klinik verlegt am 23. V. 1903.

Diagnose: Septische Osteomyelitis.

Anamnese: Als Kind eine Knieanschwellung, die geschnitten wurde. Vor 3 Tagen stieß sich Patient einen Splitter in die rechte Hand. Er war behandelt in der chirurgischen Poliklinik mit feuchten Verbänden. 3 Tage darauf bekam er Schmerzen am rechten Fuß, am nächsten Tage Schwellung des ganzen Fußes. 4—5 Tage darauf Schmerzen in der rechten Hüfte, seit gestern Rötung des rechten Oberschenkels und Fußes. Dabei Fieber, Kopfschmerzen, Durst, kein Schüttelfrost.

Status praesens: Temperatur 39°. Am 5. Finger der rechten Hand ein Panaritium, ödematöse Schwellung des Handrückens. Lymphangitische Rötung; die Inguinaldrüsen sind geschwollen. Das rechte Hüftgelenk steifgehalten, Schmerzen bei passiver Bewegung. Die Haut darüber gerötet, heiß. Lunge: Rasseln beiderseits. Herz ohne Besonderheiten. Urin enthält Eiweiß und Zylinder.

22. III. Status idem. Temperatur 39,7°. In die chirurgische Klinik verlegt.

Fall 41.

22jähriger Mann. Aufgenommen 24. VII. 1901, † 7. VIII. 1901.

Diagnose: Osteomyelitische Sepsis.

Anamnese: Vor 5 Jahren Luxatio humeri sinistra, sonst immer gesund. Vor 11 Tagen erkrankte er mit heftigen Schmerzen in der linken Gegend des Gesäßes und linken Oberschenkels. Tags darauf Fieber, Übelkeit und 2 mal Erbrechen; kein Schüttelfrost. Da die Schmerzen anhielten kam er in die Klinik.

Status praesens: Temperatur 40°, Puls 112. Deutliche Steifigkeit der Wirbelsäule beim Aufsitzen. Die ganze Hälfte des Sacrums, die linke Symphysio-sacroiliaca und die Incisura ischiadica druckempfindlich, Schwellung des linken Handgelenkes; Ausfluß aus dem linken Ohre, das Trommelfell rechtshinten oben gerötet. Lunge und Herz ohne Besonderheiten.

29. VII. Hinten unten rechts Rasseln, bronchiales Atmen; darüber Dämpfung. Die Schwellung des rechten rechten Fußes hat stark zugenommen; oberflächliche Fluctuation. Milz vergrößert.

1. VIII. Derselbe Befund. Temperatur bis 41°. Im Punktat aus dem linken Arm Staphylococcen, auch im Blute Staphylococcen.

7. VIII. Exitus.

Sektionsbefund: Herzbeutel mit der Brustwand verwachsen, dazwischen eine Höhle mit dickflüssigem Eiter. Atelectase des rechten unteren Lappens, an dem oberen Lappen 2 Abszesse. In der linken Niere viele Abszessen. An dem linken Flügel des Os Sacrum eine cariöse Stelle. An der Ansatzstelle des Psoas Abszeßhöhle; in der linken Articulatio-sacroiliaca Eiter.

Fall 42.

40jährige Frau. Aufgenommen 7. X. 1893, † 7. X. 1893.

Diagnose: Pyämie.

Anamnese: Vor 16 Jahren litt Patientin an Gelenkrheumatismus, ebenso vor 6 Jahren wegen Fußleidens 2 mal operiert. Seitdem war sie nicht mehr ganz gesund. Vor 6 Jahren heftige Kopfschmerzen, Diarrhöen; seit 2 Tagen kann Patientin nicht mehr sehen.

Status praesens: An den Händen ausgesprochene cyanose Kälte. Patientin ist sehr dyspnöisch. Herz vergrößert nach links; systolisches Geräuch an der Spitze, mit Verstärkung des 2. Pulmonaltons. Urin enthält Eiweiß und Zylinder. Temperatur 39°, Puls frequent, weich.

7. X. Exitus.

Sektionsbefund: Endocarditis, Nephritis, Enteritis, Meningitis.

Fall 43.

30jähriger Mann. Aufgenommen 5. IV. 1908, † 8. IV. 1908.

Diagnose: Septicopyämie.

Anamnese: Als Soldat bei der Chinaexpedition am linken Arm verletzt. Im Jahre 1904 Blinddarmentzündung. Am 28. III. 1908 rutschte Patient aus, bekam dabei Schmerzen in der linken Leistengegend, die bald wieder verschwanden. Nach 2 Tagen traten die Schmerzen wieder auf; das Allgemeinbefinden war gestört. Vorgestern bekam Patient starkes Hitzegefühl.

Status praesens: Temperatur 39°. An beiden Beinen, besonders an beiden Nates einige kleine Hämorrhagien mit einem eitergefüllten Bläschen. Über beiden Nates je einige Exkorationen der Haut. Im Epigastrium schuppende kaffeegelbe Flecken. Lungen: Hinten links

unten eine deutliche Dämpfung, darüber kleinblasiges Rasseln. Herz ohne Besonderheiten.

7. VI. Blutbefund: Auf Agarplatten sind Staphylococcenkolonien gewachsen.

8. VI. Exitus.

Sektionsbefund: Lungen: Links hinten unten mehrere Infarkte und Abszesse. Milz groß, Nieren trübe, mehrere Abszesse. Prostata 2 frische Abszesse. An der linken Beckenschaufel ein Abszeß, der das Periost weitgehend zerstört, den Knochen vielfach usuriert.

Fall 44.

20jähriger Mann. Aufgenommen 25. VIII. 1909, † 27. VIII. 1909.

Diagnose: Osteomyelitische Sepsis.

Anamnese: Patient stürzte vor 4 Jahren von seinem Rade auf einen Stein und verletzte die rechte Kniegelenkgegend. Nach 3wöchentlicher Behandlung schloß sich die Wunde. Nach 2½ Jahren hat sich eine Schwellung an demselben Beine gebildet. Nach Aussage des Arztes war es Osteomyelitis. Nach 3 Monaten Heilung. Vor 5 Tagen spürte Patient eine große Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen. Temperatur 39,9°, Puls 100. Er erbrach 3 mal. Darauf kam er in die Klinik.

Status praesens: Augenhintergrund normal. Die Haut blaß mit einem Stich ins gelbliche. Einige Aknepusteln. Thorax kräftig gebaut. Lungen normal. Herz: 5.5:11:17. Systolisches Geräusch an der Spitze. 2. Pulmonalton und 2. Aortenton gleich. Puls weich, 110 pro Minute, regelmäßig. Urin enthält Albumen, Leucocyten und Epithelzylinder.

26. VIII. Patient sehr unruhig, deliriert; Erbrechen. Im entnommenen Blute zahlreiche Kolonien von Staphylococcen. Temperatur 37,5°, Puls 150.

27. VIII. Puls 146, Cyanose. Am rechten Arm 2 Eiterpusteln.

28. VIII. Exitus.

Fall 45.

28jähriger Mann. Aufgenommen 19. VIII. 1911, † 24. VIII. 1911.

Diagnose: Sepsis.

Anamnese: Am 12. VIII. Halsschmerzen nach einer Erkältung mit erschwertem Atmen und mußte sich ins Bett legen. Am 19. VIII. versuchte er aufzustehen, fiel aber und wurde in die Klinik transportiert. Jetzt klagt er über Mattigkeit, Stechen in der linken Seite, Durst.

Status praesens: Temperatur 40°; Puls 96. Sensorium frei, Rechts Kieferwinkeldrüsen stark geschwollen und schmerzhaft. Weiße Beläge an den Gaumenbögen, Tonsillen und Uvula. Thorax ohne Besonderheiten. Lungen vorn rechts oben und unten trockenes Rasseln. Links vorn unten pleuritisches Reiben. Herz: 4:9:14. Keine Geräusche. Abdomen: Die Gegend der Gallenblase sehr druckempfindlich. Leber mäßig vergrößert. Palpation schmerzhaft. Milz vergrößert, palpabel. Urin enthält Albumen und Urobilinogen, Leucocyten 34 000.

22. VIII. Icterus hat zugenommen. Links hinten unten pleuritisches Reiben, Puls klein, frequent. Agarplatten steril.

24. VIII. Puls sehr klein, 132, Temperatur 36,5°.

Exitus letalis.

Sektionsbefund: Cholangitis, Pneumonie, Pleuritis.

Fall 46.

Professor. Aufgenommen 30. VI. 1911, entlassen 22. VIII. 1911.

Diagnose: Cholangitis, Sepsis.

Anamnese: Vor 12 Tagen Erbrechen, Fieber, Benommenheit, Durchfälle, welche bald nachließen, Schüttelfrost.

30. VI. Blutentnahme zur Züchtung. Züchtung 0, Leucocyten 17 500. Röntgenphotographie: Große Struma, alte Hilustuberkulose. Urin: Urobilin. Leber vergrößert. Hautfarbe gelblich.

17. VIII. Temperatur schwankte zwischen 37,5° und 40°. Wird behandelt durch intravenöse Collargolinjektionen und Pyramiden. Seit einigen Tagen normale Temperatur und gutes Allgemeinbefinden.

22. VIII. Entlassen.

Fall 47.

18jähriges Mädchen. Aufgenommen 12. XI. 1903, † 21. XI. 1903.

Diagnose: Pyämie (Osteomyelitis).

Anamnese: Erkrankt plötzlich mit Schüttelfrost und Schmerzen im linken Oberschenkel. Bald lokalisierte sich der Schmerz in beiden Kniegelenken, im rechten Fußgelenk, linken Ellenbogengelenk und Kreuz. Seit 2 Tagen eine Anschwellung der Halsgegend.

Status praesens: Fast alle Gelenke druckempfindlich, rechtes Knie und linkes Ellenbogengelenk geschwollen. Eine starke Schwellung des Halses. Bei Bewegungen des linken Beines heftige Schmerzen. Puls klein, 160 pro Minute, Temperatur 38,3°. Herz ohne Besonderheiten. Lungen hinten unten Dämpfung, darüber Bronchialatmen.

17. XI. Sputum mit Blut vermengt. Keine Tuberkelbazillen. Auftreten von Exanthem an der rechten Hand und zwischen Cond. ext. und Oberarm deutliche Fluctuation.

19. XI. Fazialislähmung. Der linke Arm kann nicht in gehobener Lage gehalten werden.

18. XI. Temperatur schwankt zwischen 38° und 40,3°. Exantheme an den Extremitäten. Am rechten Unterarm Aknepusteln.

21. XI. Exitus letalis.

Sektionsbefund: Osteomyelitis, Gelenkeiterung, Endocarditis, Strumitis, Embolie der Arteriae Fossae Sylvii.

Fall 48.

50jährige Frau. Aufnahme 9. VII. 1907, verlegt in die chirurgische Klinik am 19. VII. 1907.

Diagnose: Sepsis.

Anamnese: Vor 4 bis 5 Wochen erkrankte Patientin plötzlich mit Kopfschmerzen, Bewußtlosigkeit und Erbrechen. Die Bewußtlosigkeit hielt etwa eine Stunde lang an. Starke Schmerzen im Nacken und Hinterhaupt. Der gerufene Arzt führte den Anfall auf Retroflexio Uteri zurück und legte ein Pessar ein. Nach 2 Wochen ein zweiter Anfall. Die Bewußtlosigkeit hielt einen Tag an. Darauf fieberte Patientin und es stellte sich eine Beugekontraktur der Finger ein. Wegen Verdacht auf Hysterie verlegt in die Psychiatrische Klinik. Am 9. VII. verlegt in die medizinische Klinik.

Status praesens: Temperatur 37,2°. Drüsen am Halse sind vergrößert. Supra- und Infraclaviculargruben rechts mehr eingesunken als links. Lungen rechts vorn oben tympanitischer Beiklang. Rechts hinten unten Tympanie und Rasseln. Herz ohne Besonderheiten. Milz palpabel. In der rechten Seite des Abdomens eine Resistenz, die druckempfindlich ist. Nackensteifigkeit und Kernigsches Phänomen. Ophthalmoskopischer Befund: Blutungen der Netzhaut.

11. VII. Temperatur 40°. Urin und Stuhlgang ins Bett. Blutbefund: Staphylococcen. Urin enthält Albumen und Zylinder. Der Tumor um die Niere hat zugenommen.

12. VII. Lumbalpunktion: Klare Flüssigkeit. Temperatur 39° Wegen Verdacht auf Pyonephrose verlegt in die chirurgische Klinik.

14. VII. Operation: Großer Abszeß in der rechten Niere und Nierenbecken.

Fall 49.

45jährige Frau. Aufgenommen 21. III. 1908, in die chirurgische Klinik verlegt am 20. VI. 1908.

Diagnose: Sepsis (Pneumonie, Pleuritis exsudat, Appendicitis, Endocarditis, Hautabszesse, Choreaathetose).

Anamnese: Patientin mit 5 Jahren etwa ½ Jahr an Veitstanz gelitten. Im Alter von 8 Jahren von einer rechtsseitigen Gesichts- und Körperlähmung befallen, die etwa ½ Jahr angehalten hat. Mit 15 Jahren wiederholte sich die Lähmung, verschwand bald wieder,

während sich ein Tremor entwickelte der bis heute besteht. 1899 Rippenfellentzündung. 1901 Gesichtsrose. Vor 14 Tagen heftiger Schüttelfrost, Husten und Auswurf. Vor 3 Tagen Stechen im Rücken und Hitzegefühl. Deswegen suchte Patientin das Spital auf.

Status praesens: Temperatur 39°. Der rechte Arm atrophisch. Starker Tremor der Extremitäten. An dem Arm viele Operationsnarben, an den Rippen Herpes. Lungen: Rechts hinten unten Dämpfung, darüber Rasseln und Reiben, stellenweise bronchiales Atmen. Dyspnoe. Herz ohne Besonderheiten.

26. III. Patientin klagt über Schmerzen im linken Ohre; starke Rötung des Trommelfells, sehr viel Husten und Auswurf, über der Mitte der rechten Scapula bronchiales Atmen und Rasseln. Links hinten unten Rasseln und bronchiales Atmen. Perkussion ergibt Dämpfung.

13. IV. Keine Tuberkelbazillen nachzuweisen. Druckschmerzhaftigkeit der Appendixgegend und Resistenz. Im Lungenbefund keine Besserung.

21. IV. Temperatur 40°, Schüttelfrost. Abends Delirium. Die Erscheinungen in der Appendixgegend haben abgenommen.

2. V. Puls 60, Temperatur 39°. Choreaatestose des linken Beines und Armes. Lungenbef. derselbe. Furunkel in der rechten Achselhöhle.

20. V. Temperatur 40°, Puls 64. Starke Schmerzen in der Appendixgegend. Deutliche Resistenz. Der linke Oberschenkel ist geschwollen.

26. V. Incision des Abszesses des linken Oberschenkels. Im Eiter Pneumococcen. Temperatur 40°, Puls 64. Blutbefund negativ. Injektion von Antistreptococcenserum.

3. VI. Temperatur 40,2°, Puls sehr langsam.

12. VI. Probepunktion aus der rechten Lunge: Trübe Flüssigkeit, darin viele Lymphocyten und Streptococcen. Heftige Schmerzen in der Appendixgegend. Milz palpabel vergrößert. Die dreimalige Blutuntersuchung negativ. Patientin läßt keinen Urin, muß katerisiert werden.

20. VI. Puls 52, Herz normal. Keine meningitische Erscheinungen. Patientin ist benommen. Verlegt in die chirurgische Klinik.

Fall 50.

37jährige Frau. Aufgenommen 11. XII. 1906, entlassen 22. XII. 1906.

Diagnose: Sepsis.

Anamnese: Vor 2 Jahren starken Husten, vor einem Jahr Scharlach. Seit 3 Tagen Schmerzen auf der linken Seite. Vorgestern und gestern je einen Schüttelfrost, dabei Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und Hitzegefühl. Die letzte Periode anfangs Oktober. Seit 4 Tagen mäßig viel Blut aus den Genitalien.

Status praesens: Fahles, gerötetes Gesicht mit stuporösem Gesichtsausdruck. Temperatur 39,9°. Lungen: Rechts hinten unten Dämpfung, darüber ist die Atmung von bronchialem Charakter. Herz ohne Besonderheiten.

13. XII. Genitalbefund normal. Temperatur 38°. Lungenbefund derselbe. Milz papabel, vergrößert.

16. XII. Nach 3tägigem Fieber von 39° Abfall der Temperatur. Milz noch groß.

22. XII. Die hohe Temperatur hat seit dem 15. allmählich abgenommen und ist dauernd normal. Allgemeinzustand gut. Ungestörte Reconvaleszenz..

Fall 51.

23jährige Frau. Aufgenommen 7. I. 1905, † 13. I. 1905.

Diagnose: Sepsis.

Anamnese: Vor 4 Wochen bekam Patientin sehr heftige Schmerzen im Rücken. Sie war auf und arbeitete, bald aber bekam sie auch im linken Bein Schmerzen und konnte nicht mehr recht gehen; sie mußte sich zu Bett legen. Vor 2 Tagen erbrach sie noch jede genommene Mahlzeit. Jeden Tag will Patientin einen Schüttelfrost haben. Heute verspürt Patientin ziehende Schmerzen, die von den Rippen beiderseits nach dem Rücken zu ausstrahlen, Schmerzen im linken Arm, Kopfschmerzen.

Status praesens: Temperatur 39,6°, Puls 110, weich. Lungen ohne Besonderheiten. Herz nicht vergrößert, systolische Geräusche an der Spitze; 2. Pulmonalton und 2. Aortenton gleich. Milz vergrößert.

10. I. Patientin wird plötzlich amaurostisch; sieht abends noch den Lichtschimmer einer Lampe. An den Augen fortwährend Rotationsbewegungen. Die Blickstellung nach links scheint nicht möglich zu sein. Kernigsches Symptom angedeutet. In der Lumbalpunktion trübe Flüssigkeit mit polynucleären Leucocyten. Im entnommenen Blute Staphylococcen. Temperatur 39° bis 40,3°, Puls 140.

13. I. Exitus.

Sektionsbefund: An der Oberfläche der Hirnhäute zahlreiche Herde; im Sinus longitudinalis frische Gerinsel, Erweichungsherde im Cyrus frontal, 2. Occipitalwindung, im 4. Ventrikel und Centrum Semiovale; einige thrombosierte Gefäße. Milz vergrößert, mit dem Zwergfell verwachsen. An der vorderen Segel der Mitralis gelber Auflauf. In der linken Niere ein großer Infarkt.

Fall 52.

46jährige Frau. Aufgenommen 30. VII. 1893, † 2. VIII. 1893.

Diagnose: Sepsis.

Anamnese: Seit 14 Tagen fühlt sich Patientin krank. Sie erkrankte mit Kopfschmerzen, Durchfällen und Fieber.

Status praesens: Haut sehr blaß, Patientin sehr collabiert; hochfieberhaft. Die Augen tiefliegend, von schwarzen Ringen umgeben. Puls sehr klein, kaum zählbar. Keine Ödeme. Herztöne sehr schnell, schwach. Lungen: Vesiculäres Atmen; stellenweise Rasseln. Abdomen ziemlich aufgetrieben, weich. Sensorium getrübt. Temperatur 39°.

2. VIII. Exitus letalis.

Sektionsbefund: In der linken Lunge Herde, Milz mit dem Zwergfell verwachsen. In der linken Niere Eiterherde. In den Uterus- und Parametriumvenen viele Thromben.

Fall 53.

23jähriger Mann. Aufgenommen 2. VIII. 1906, † 3. VIII. 1906.

Diagnose: Septicopyämie.

Anamnese: Vor 14 Tagen plötzlich Kopfschmerzen und Fieber, die allmählich stärker wurden und bis heute anhielten.

Status praesens: Skleren etwas gelbgrünlich gefärbt. Haut etwas ikterisch gerfärbt. Auf Brust und Bauch rote erhabene Flecken, die teils abgetrocknete Aknepusteln sind. Am Abdomen haben sie Ähnlichkeit mit Roseolen; an den Händen einige Pusteln. An den Oberlippen Herpes labialis. Die linke Wange geschwollen. Lungen ohne Besonderheiten. Herz nach links vergrößert; über der Spitze deutliche systolische Geräusche. Puls 140, weich, Temperatur 39,9°. Urinsediment Leucocyten, wenig Epithelien. Im gefärbten Präparate Streptococcen.

3. VIII. Exitus letalis.

Sektionsbefund: An der Mitralklappe fibrinöse Auflagerungen. Am Endocard viele miliare Herde, einige mit Eiter. Milz vergrößert. An den Nieren und Leber Abszesse. An der linken Niere Infarkte.

Fall 54.

23jähriger Mann. Aufgenommen 27. X. 1910, † 28. X. 1910.

Diagnose: Sepsis.

Anamnese: Am 21. bekam er heftige Kopfschmerzen, doch arbeitete er weiter. Am 22. Schmerzen in der linken Brustseite, Fieber und Erbrechen. Das Fieber und Schmerzen dauerten an bis heute. Gestern Erbrechen.

Status praesens: Temperatur 38°; Puls 132, klein- weich. Jammernder Gesichtsausdruck. An der oberen Körperhälfte scharlachartige Rötung, an den Beinen urticariaähnliche Quaddeln. Lungen hinten unten links Dämpfung. Reichliches Rasseln. Herz 4,8 : 11 : 17. Puls klein und weich. Urin enthält Eiweiß und Zylinder. Temperatur 38,2°.

28. X. Exitus letalis.

Fall 55.

21jähriger Mann. Aufgenommen 27. VII. 1905, † 3. VIII. 1905.

Diagnose: Septicopyämie.

Anamnese: Patient war immer bis zum 21. VII. 1905 gesund. Am 21. VII. erkrankte er plötzlich mit einem Schüttelfrost. Er bekam danach starkes Fieber und mußte ins Bett liegen. Am 3. Tage bekam er Stechen auf der rechten Brustseite, Fieber, Delirium und Unruhe. Am 26. VII. eine nußgroße, schmerzhafte Geschwulst in der Achselhöhle, die sich vergrößerte und auf den Rücken sich ausdehnte.

Status praesens: Temperatur 39°. In beiden Leistengegenden eine Reihe erbsengroßer Drüsen. Die Achsel- und Cubitaldrüsen sind vergrößert. Die Bewegungen im linken Schultergelenk sind schmerzhaft. An der Unterlippe 2—4 cm große getrocknete Bläschen. Lungen: Im linken Unterlappen abgeschwächtes Atmen, darüber trockenes Reiben. Herz ohne Besonderheiten.

28. VII. Die bakteriologische Untersuchung des Blutes ergab Staphylococcen. Temperatur 39,8°. In die chirurgische Klinik verlegt.

Fall 56.

27jährige Frau. Aufgenommen 23. XII. 1903, † 11. I. 1904.

Diagnose: Sepsis.

Anamnese: 5 normale Geburten. Vor einer Woche totale Extirpation des Uterus wegen Portiocarcinom. Patientin litt seit langer Zeit an Husten. Seit 3 Tagen Stiche in der linken Seite. Hitzgefühl und Kopfschmerzen.

Status praesens: Stark abgemagerte Person. Thorax ohne Besonderheiten. Lungen rechts hinten bronchitisches Atmen und Rasseln; links hinten unten Dämpfung und aufgehobener Pectoralfremitus. Herz ohne Besonderheiten. Leber und Milz palpabel vergrößert.

4. I. Die Temperatur schwankt zwischen 36,8° und 39,5°. Puls frequent. Pleuritisches und pericarditisches Reiben. Punktat: Seropurulentes Exsudat, in welchem Streptococcen nachgewiesen wurden.

8. I. Verlegt in die chirurgische Klinik, wo Patientin am 11. I. 1904 starb.

Sektionsbefund: Pericarditis seropurulenta, Pleuritis seropurulenta.

Lebenslauf.

Verfasser der Arbeit: «Klinische Beobachtungen an 56 Fällen von Sepsis» Joseph Lessochin, wurde in Nevel (Rußland) am 10. Februar 1886 als Sohn des dortigen Kaufmanns Falk Lessochin geboren. Seine Schulbildung erhielt er an der Oberrealschule in Tscherepowez (Nowgorodskaja Gow.) und bestand ebenda im Sommer 1903 die Prüfung. Im Sommer 1904 ließ er sich am Polytechnikum Kieff immatrikulieren und hörte die Vorlesungen der Herren Professoren De-Metz, Konowalow u. a. Er blieb im Polytechnikum bis 1906. Im Sommer 1907 bestand er die Prüfung im Latein in Smolensk und im Winter 1908 ließ er sich als Student der Medizin in Straßburg i. E. einschreiben, wo er bis 1913 blieb. Er hörte die Vorlesungen der Herren Professoren Schwalbe, Weidenreich, Evald, Hofmeister, Moritz, Fehling, Madelung, v. Tabora, Wenckebach, Chiari, Wolff, Manasse, Hertel, Uhlenhuth, Meyer, Freund, Wollenberg und Cahn.